

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone, 7-4020

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 anno . . . . . 50\$000; por 2 annos . . . . . 50\$000

Vol. XLI

Abril de 1941

N. 4

## A hernia inguinal em infortunistica \*

**Dr. Eurico Branco Ribeiro**

*Director do Sanatorio São Lucas*

### 1.

Que a hernia inguinal póde ser considerada como accidente do trabalho é coisa decidida. Existem, porém, com relação ao assumpto, muitos problemas que ainda vêm sendo discutidos e sobre os quaes já é tempo de se firmar um conceito juridico necessario para orientar a conducta de medicos legistas e de quantos tenham a seu cargo cuidar de questões relativas a accidentes do trabalho. E' nosso proposito agitar mais uma vez alguns desses problemas com a preocupação de despertar a enunciação de idéas merecedoras de serem apresentadas a quem de direito, de maneira a se obter, na pratica, um resultado positivo que evite abusos e decisões contradictorias. A nossa opinião, aliás muito modesta, é aqui apenas declinada para focalizar as questões, não se apresentando com a pretensão de servir de base para reformas futuras, porém, sim, para discussões que esclareçam o assumpto, habilitando os legisladores a corrigir as falhas e evitar os abusos. Assim procedemos tendo em mente esta phrase de Carlos Gutierrez Santacruz: "As recentes legislações sobre accidentes do trabalho, cujo espirito e preceitos vemos constantemente se modificarem no Mundo inteiro, fazem nascer conceitos novos dentro da traumatologia, modificam os já acceitos como verdades basicas, estimulando a investigação scientifica para chegar á verdade ou approximar-se della".

\* Trabalho apresentado á II Semana Paulista de Medicina Legal em 7 de novembro de 1940.

## 2.

A “hernia inguinal accidente do trabalho” é uma raridade. Todos os autores são unânimes em assim considerar. E’ a “hernia accidente typo” da classificação de Flaminio Favero, em que se dá o “apparecimento prompto, com dores intensas e necessidade de interromper immediatamente o trabalho”. E’ ou a hernia por traumatismo externo directo excepcionalmente rara (Moorhead), ou a hernia por um esforço violento, além do normalmente dispendido, no exercício do trabalho. Manifesta-se com dor intensa, às vezes syncope, náuseas e vomitos. Logo apparece edema local, seguido, muitas vezes, de ecchymoses. A deambulação torna-se penosa e a volta ao trabalho só seria possível alguns dias mais tarde.

Para se avaliar como é rara a hernia inguinal accidente do trabalho basta referir que Kaufman encontrou apenas 13 casos em cerca de 100.000 accidentados, trabalhadores allemães e suíços que foram contractados por uma companhia de seguros. Berger, com uma estatística de mais de 10.000 hernias, considera-a raríssima. Van Hassel, que durante 15 annos cuidou de uma população mineira composta de 33.000 trabalhadores, com um total de 100.000 sinistros, declara que nunca viu um caso de hernia inguinal accidente do trabalho. E Lorenzo Tornel sómente encontrou um caso, em que a tumoração que surgira após esforço violento apparecia logo para cima e para fóra do conducto inguinal, tendo elle encontrado no acto cirurgico fibras dissociadas do grande obliquo — o que faz crer que se tratava de uma hernia parainguinal. Por fim, Moorhead conclue que “a hernia inguinal traumatica é um mytho que deveria ser consignado ao museu das reliquias historicas de uma era ida”. E, em artigo mais recente (fevereiro de 1940), elle mesmo, analysando 1.376 casos, conclue peremptoriamente: “A hernia nunca é causada por injuria, — o sacco preformado é sempre um antecedente”.

## 3.

A “hernia inguinal doença profissional” já não é uma raridade; pelo contrario: é occurrencia bastante frequente. “Não apparece de chofre, abruptamente, num esforço unico, violento, excessivo, mas, sim, pela reiteração de esforços, demandando semanas, meses, annos de trabalho” (Flaminio Favero). A definição apresentada pelo director do Instituto Oscar Freire, da Faculdade de Medicina de São Paulo, é a seguinte: “hernia doença profissional é aquella que surge em individuos predispostos ou não, após reiterado esforço que o trabalho habitualmente exige, sendo im-

possível dizer a occasião exacta do seu apparecimento". Como se vê, a doutrina é clara e não ha como contradital-a: a hernia inguinal accidente do trabalho e a hernia inguinal doença profissional são perfeitamente caracterizadas, facilmente acceitaveis do ponto de vista legal e não se confundem entre si. A pratica, porém, não corresponde á doutrina: todo individuo que é portador de hernia inguinal e que diz tel-a adquirido no trabalho, conta a historia da rarissima hernia accidente do trabalho, ao invés de declinal-a como doença profissional. Isso traz confusão no espirito do medico, a quem repugna acceitar como "hernia accidente typo" uma enorme hernia inguinoescrotal realmente adquirida no exercicio profissional. O conceito de "hernia doença profissional" devia ser mais divulgado, mesmo entre os meios operarios e principalmente entre os patrões, afim de serem melhor apreciados pelo medico os casos que se lhe apresentarem. Com isso, já de inicio seriam afastadas umas tantas difficuldades.

#### 4.

A preexistencia de anormalidades é um ponto discutivel. A legislação trabalhista pouco ou nada cogita do estado anterior, bastando o agravamento ou o apparecimento da molestia durante o trabalho para ser reconhecido o accidente. Entretanto, as concausas preexistentes deviam ser consideradas, não para anullar o direito á indemnização, mas para minorar o valor da responsabilidade patronal. A legislação criminal cogita do estado anterior e dá-lhe a devida importancia. Por que não ha-de fazer o mesmo a legislação trabalhista? "Em thema de hernia, não importa que haja predisposição", diz Flaminio Favero. Mas é sabido que certas companhias de seguro, como as da Suissa, por exemplo, obtêm uma declaração do trabalhador, em que este se compromette a não reclamar qualquer indemnização por hernia, caso o medico tenha encontrado predisposição (Carlos Speroni). Sómente uma das companhias suissas admittiu acceitar como accidente do trabalho as hernias recentemente provocadas, mediante, porém, a pericia especial (Schifferli).

Esse nosso ponto de vista foi recentemente esposado por Benjamin B. Spota, professor argentino especializado, quando disse em brilhante laudo pericial: "a predisposição é uma circumstancia que havia de se ter em conta para a exacta valorização do gráo de incapacidade" — havia de se ter em conta, sim, porque a actual legislação trabalhista não cogita della e apenas de baseia no conceito do "risco profissional" interpretado aprioristicamente, sem levar em consideração as modernas tendencias do aproveitamento racional do trabalhador, não só quanto á sua capacidade

productiva, mas tambem quanto ás suas condições physicas. Mesmo entre nós já existe na E. F. Sorocabana um centro de selecção profissional, em que não só as tendencias mas ainda o physico do trabalhador são cuidadosamente estudados.

Das condições apontadas por Zollinger como necessarias para firmar o conceito de predisposição herniaria, algumas não deviam ser mais repetidas. Póde-se ainda admittir: orificio inguinal exterior dilatado, musculos e fascias debeis, choque intestinal contra o dedo introduzido no canal e ponta de hernia; mas varicocele e o mais estão sujeitos a criticas.

Uma vez aceita a predisposição como estado anterior capaz de minorar as responsabilidades do empregador ou companhia de seguro que o representa, o exame previo do trabalhador deve assinalar essa condição afim de ser devidamente considerada na occasião opportuna, isto é, si a hernia apparecer. No estado actual da nossa pratica trabalhista, o individuo que apresenta uma predisposição herniaria é systematicamente regeitado quando se candidata para qualquer emprego. Uma nova orientação da lei viria tirar de sérias difficuldades o pobre desempregado que é portador de uma predisposição herniaria.

## 5.

Agora esta questão: como distinguir a “hernia inguinal doença profissional” da “hernia inguinal enfermidade”, isto é, da hernia inguinal formada independentemente do trabalho? Clinicamente, o problema parece insolúvel. Basta dizer que ha hernias inguinaes que não se evidenciam pelas manobras semiologicas, conforme já tivemos a oportunidade de verificar em meia duzia de casos, tendo sido objecto de communicação que fizemos á Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa em 4 de outubro de 1934. As difficuldades que occorreram á nossa mente, diante da verificação corriqueira na mesa operatoria de hernias congenitas ou de hernias antigas registadas como accidentes recentes, fizeram com que expuzessemos ao discernimento dos entendidos uma solução para o problema do diagnostico de hernia em suas relações com o accidente accusado. Foi isso na sessão de 20 de setembro de 1939 da Sociedade Medica São Lucas, quando diziamos: “E mesmo o proprio cirurgião nem sempre póde affirmar que a hernia era anterior ao accidente, mas muitas vezes elle póde garantir, com segurança, que a hernia datava de época anterior áquella em que foi consignado o sinistro; entretanto, quando o doente chega á mesa operatoria, já o accidente foi reconhecido e o testemunho do cirurgião não mais irá salvar os responsaveis — patrões ou seguradores — das despesas correspondentes ao tratamento e afastamento do trabalho em consequencia de uma



molestia que não foi adquirida em serviço. O pratico seria aguardar-se a palavra do cirurgião para legalizar os papeis do accidente". O que então diziamos, embora não o soubessemos, não era novidade. Já anteriormente, diante do mesmo problema, affirmava Carlos Gutierrez Santacruz que "o tempo operatorio é o unico em que o cirurgião pôde recolher todos os dados indispensaveis para sua peritagem medico-legal, ratificando ou rectificando seu criterio clinico". Francisco J. Campos, cirurgião chefe dos Serviços Ferroviarios do Mexico, tambem já havia proposto, "com sobrada razão", o exame histopathologico do sacco reseccado, como documento pericial de alto valor. Moorhead, referindo-se a um trabalho de Smith, de Waterbury, encareceu a importancia da "prova da mesa operatoria", que elle considera, com sua larga experiencia, uma biopsia elucidativa, a "prova crucial" da peritagem. Praticamente elle a executou em 232 casos, encontrando sempre uma peritonite chronica, o que destróe a hypothese da hernia accidente do trabalho, embora não invalide a de hernia doença profissional. Mas, é bem de ver, o cirurgião muita vez encontra um sacco herniario communicante com a vaginal e, então, pôde affirmar, categoricamente, que não se trata de hernia doença profissional e sim de hernia enfermidade, congenita, mesmo sem necessidade do exame histopathologico.

Diante disso tudo, por que não instituirmos a "prova da mesa operatoria?"

## 6.

Para que a "prova da mesa operatoria" seja incluída em dispositivo legal, outra questão deve ser anteriormente resolvida: a da intervenção cirurgica em todo accidentado com hernia.

Allegam os juristas que não se pôde forçar ninguém a submeter-se a uma operação. E' a consagração do principio da liberdade individual, muita vez levado ao excesso nas tendencias do Direito de hontem. Si o accidentado recusar a intervenção, indemneze-o o patrão e continue elle com a sua hernia, isto é: ao invés de se curar e poder retornar, com efficiencia, ao seu trabalho, passa elle a dar menor rendimento, a reclamar serviços menos arduos, a ter pretexto para impontualidades, quando não se aproveita da enfermidade para extorquir indemnizações de patrão a patrão, pois que a sua caderneta profissional não consigna a existencia de uma velha hernia, que nunca deixou operar... Eis, pois, um principio de liberdade individual accarretando males maiores, em detrimento de terceiros.

Si um operario que soffre uma fractura é obrigado a sujeitar-se a tratamento adequado, por que não fazer o mesmo com o accidentado que apresenta uma hernia? Recusando o tratamento,

poderia o fracturado receber apreciavel indemnização, em virtude de consolidação viciosa; a indemnização só lhe será paga, após o tratamento, caso circumstancias particulares conduzam a uma incapacidade parcial permanente. E o patrão é obrigado a custear esse tratamento. Da mesma forma, o tratamento do herniado seria obrigatorio e a indemnização só seria cabivel em raros e determinados casos, em que, por circumstancias especiaes, restasse uma incapacidade parcial permanente.

## 7.

Partindo de outro ponto de vista, a nossa legislação estipula, sem mais delongas, que a hernia é passivel de indemnização, parecendo insinuar que só não a receberá quem não quizer, trocando-a pela cura cirurgica. O texto é o seguinte:

“Consideram-se hernias traumaticas, para o effeito do calculo de indemnização a que se refere a tabella de lesões resultantes de accidentes do trabalho e de molestias profissionais:

a) as que, com caracter agudo, se manifestam subitamente em consequencia de traumatismo violento, soffrido no trabalho, occasionando ruptura da parede abdominal ou do diaphragma; e

b) as que, empregados não predispostos, sobrevêm em consequencia de traumatismo, ou esforços violentos, anormaes e imprevistos relativamente ao trabalho commum do empregado”.

Um tal texto não só praticamente exclue da indemnização toda hernia doença profissional, produzida pelo esforço commum e reiterado do trabalhador, como também, excluindo os predispostos, a rigor livraria de indemnização toda hernia inguinal, pois que a propria existencia do canal inguinal já é, em ultima analyse, uma predisposição, tendo ainda Tornel affirmado que “sem predisposição qualquer que seja o esforço não pôde formar uma hernia”... Não obstante tudo isso, a tabella de lesões consigna a hernia como indemnizavel. Indemnizaveis seriam, sim, as sequellas da hernia, as incapacidades parciaes permanentes que surgissem em consequencia de um tratamento cirurgico mal succedido, como indemnizaveis são as sequellas de uma fractura (ankyloses, encurtamento de membro, limitação de movimentos, etc.). Para bem se aquilatar de como o nosso ponto de vista é razoavel, basta referir que no Congresso de Accidentes do Trabalho reunido em Saragoça em 1922, Oller, que era considerado a maior autoridade em infortunistica na Espanha, assignou uma proposição nos seguintes termos: “Em nenhum caso se considerará a hernia como incapacidade permanente”. E essa proposição foi unanimemente approvada, após largos debates, em que tomaram parte as principaes figuras do Congresso. E recentemente, em outro

8)

# DAS EXCITAÇÕES E ATAQUES NERVOSOS





# Elecantol

ELIXIR  
(vds. 200 cc)

*Neuro sedativo-Anti-espasmódico-Anti-convulsivante*

## Elecantol

é um produto medicinal composto de extratos vegetais e brometos facilmente assimiláveis.

OS BROMETOS são conhecidos como calmantes da IRRITABILIDADE NERVOSA, HIPNOTICOS SUAVES, adjuvantes poderosos do tratamento da EPILEPSIA, ANTI-CONVULSIVANTES, ANTI-ESPASMÓDICOS, SEDATIVOS DA HIPER-EXCITABILIDADE REFLEXA.

No ELECANTOL os brometos mais úteis são utilizados em doses estabelecidas para cada um deles, de modo a aproveitar o máximo de seu efeito, com o mínimo de inconvenientes. As propriedades do radical químico AMÔNIO, estimulante difusível poderoso, são aproveitadas para combater qualquer possível fator de depressão.

Entre os componentes VEGETAIS destacam-se:

CRATAEGUS OXYACANTHA que é um medicamento indispensável no receituário do clínico moderno, dadas as suas insubstituíveis qualidades de CARDIO-SEDATIVO (no ERETISMO CARDIO-VASCULAR, TAQUICARDIA PAROXISTICA, EXTRA-SISTOLES FUNCIONAIS, TONICARDIACO, etc.).

LEPTOLOBIUM ELEGANS é o poderoso agente medicamentoso originário da flora brasileira, cuja ação terapêutica foi desvendada pelo ilustre Prof. Candido Barata Ribeiro, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e comprovada em estudos farmacodinâmicos praticados por este mestre em companhia dos Drs. Eduardo Guimarães e Domingos Niobey. Clinicamente experimentaram, com sucesso, esse remédio nos casos indicados, os Professores Paes Leme e Sousa Lopes e os Drs. R. Gumbleton e Silva Araujo, entre muitos outros. O Prof. Henrique Roxo, eminente catedrático de Clínica Psiquiátrica da Universidade do Rio de Janeiro, em seu "Manual de Psiquiatria", cita em diferentes tópicos esse medicamento, cujos efeitos benéficos assinala em várias doenças.

Está, assim, perfeitamente estabelecido o valor do LEPTOLOBIO no combate a vários estados espasmódicos ou convulsivos, ou nos quais esses elementos fazem parte do quadro clínico, sobretudo na EPILEPSIA, na HISTERIA, na ECLAMPSIA, na COREIA, na COQUELUCHE, na ASMA, na ENXAQUECA, na DISMENORRÉIA, no TETANO, nos VÔMITOS INCOERCÍVEIS, etc.

No ELECANTOL o LEPTOLOBIUM é empregado numa dose elevada, porém sem qualquer perigo; a sua ação é notavelmente reforçada pelos elementos sinérgicos já citados.

## PRODUCTOS VIRTUS DO BRASIL LTDA.

Praça Princesa Izabel, 16 - Fone: 5-3172 - Caixa Postal, 1874 - S. PAULO  
Farm. Resp.: BRUNO P. PAROLARI

Lic. no D. N. S. P. sob N. 631 em 10/7/34 - INDUSTRIA BRASILEIRA

**DOSAGEM:** para adultos 1 colher das de sopa, 3 a 5 vezes por dia, para crianças de 12 a 18 anos a metade da dose para adultos, para menores de 12 anos: seguir a indicação do medico.

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SNRS. MÉDICOS!



Congresso, o XXII de Medicina Legal e de Medicina Social da Língua Francesa, reunido em Paris em junho de 1939, o relator do thema "Hernias e accidentes do trabalho", Pierre Lyonet, assim concluiu: "uma hernia não póde, em regra quasi geral, se não justificar uma simples incapacidade temporaria, sem dar direito a uma indemnização permanente".

E' explicavel que a nossa lei se expresse de maneira tão estranha, pois ella, nesse particular, não é o fructo da experiencia e do raciocinio, mas simplesmente a copia da legislação estrangeira, por sua vez lá fóra tão criticada e constantemente modificada. O texto da lei espanhola quasi que se superpõe ao da nossa, parecendo que esta foi calcada naquella:

"São hernias indemnizaveis:

a) as que apparecem bruscamente á custa de um traumatismo violento soffrido no trabalho e que occasionem rupturas ou estiramento da parede abdominal ou do diaphragma e se acompanham de um syndroma abdominal agudo e bem manifesto; e

b) as que sobrevêm em trabalhadores não predispostos, como consequencia de um traumatismo ou esfoço, sempre que este seja violento, imprevisto e anormal, em relação ao trabalho que habitualmente execute o trabalhador".

Tanto um texto como o outro excluem, pois, a indemnização em caso de hernia doença profissional, na concepção que desta hoje se tem.

## 8.

Agora ainda a questão do tratamento da hernia inguinal em infortunistica. Deve-se abandonar sem tratamento o accidentado que apresenta uma hernia inguinal? Colloque-se esta interrogação em paralelo com a seguinte: Deve-se abandonar sem tratamento o accidentado que apresenta qualquer outra lesão? Em ambos os casos a resposta deve ser negativa, pois "o empregador, além das indemnizações estabelecidas nesta lei, é obrigado, em todos os casos e desde o momento do accidente, á prestação da devida assistencia medica, pharmaceutica e hospitalar" (art. 31 do decreto n.º 24.637 de 10 de julho de 1934).

Resta saber qual é a "devida assistencia medica" a ser prestada em caso de hernia inguinal. E' a intervenção cirurgica, não restam duvidas. E ella deve ser feita. "Estabelecido o diagnostico de hernia — diz Saubidet — hoje em dia não cabe discussão: a melhor conducta a seguir é a intervenção cirurgica como meio prophylactico do estrangulamento herniario e suas graves consequencias; com mais razão em um trabalhador que tem que levantar grandes pesos, o que se deve procurar é tratar de reforçar a parede abdominal e não aconselhar o uso de funda, que no adulto

não alcança o fim desejado". As palavras de Saubidet fazem lembrar esta hypothese, perfeitamente realizavel: Si um operario ficar herniado no serviço e, logo depois de ter recusado a operação, vier a fallecer em consequencia de estrangulamento, pela nossa lei o patrão terá que pagar pela morte e não por uma simples invalidez; si tivesse sido operado, provavelmente não teria morrido.

Si a hernia inguinal "é um defeito corrigivel por uma intervenção sem risco, não é logico que continue uma invalidez que teria o aspecto de voluntaria", diz Tornel, cathedratico de Medicina do Trabalho em Barcelona. E acrescenta: "... mas a lei não tem como unica finalidade raparar o damno, senão diminuir as invalidezes, reintegrar, si possivel, no trabalho, os invalidos, em beneficio proprio e no da Sociedade, e, si uma invalidez pôde ser corrigida por uma intervenção sem perigo, deve aconselha-la e evitar que o desejo de uma indemnização augmente o peso morto dos que com toda a justiça recebem pensão por lesões ou defeitos irremediaveis".

Defendendo a intervenção cirurgica systematica nos accidentados com hernia, diz Gutierrez Santacruz: "O temor á reproducção seria a unica circumstancia objectavel em um caso avançado, mas esta não é uma objecção séria; as estatisticas demonstram que cada dia diminua a porcentagem de recidivas e nós sabemos que ellas obedecem na maior parte dos casos a technicas imperfeitas ou falhas operatorias; afortunadamente, para este padecimento a cirurgia reparadora conta com uma das technicas mais perfeitas e seguras e onde a mão do homem effectua o mais perfeito *resstitutio ad integrum*".

Tratemos, pois, como impõe a lei, os casos de hernia inguinal adquirida no trabalho. Indemnizavel nunca será a hernia, mas as suas sequellas, si sobrevierem.

9.

Para finalizar, algumas palavras a respeito da simulação de hernia accidente. Já frisámos que a prova operatoria pôde trazer convicção a respeito de se tratar ou não de uma hernia adquirida no trabalho. Mas a nossa actual legislação não impõe, como de vera, essa prova esclarecedora. O que acontece, então, é o seguinte: o simulador de accidentes recusa-se a acceitar a intervenção cirurgica e recebe a indemnização consignada em lei; pouco depois allega que a hernia está lhe incommodando e não pôde continuar no serviço, pedindo contas e despedindo-se do patrão; procura outra collocação e logo simula novo accidente e a hernia é verificada; nova recusa da operação, nova indemnização, e assim



por diante. E' o caso descripto por Flaminio Favero "do operario que se sabia doente, mas procura, agindo de má fé, levar á conta do trabalho a origem do seu mal, para tirar proveito". Si a intervenção cirurgica fosse obrigatoria, taes casos não occorriam. Emquanto não se seguir a imposição legal do tratamento adequado, pelo menos se torne obrigatoria a-consignação, na caderneta profissional do operario, de que elle é portador de uma hernia, afim de que o simulador não continue ludibriando seus successivos patrões.

A respeito de simulação, Tornel nos conta o caso de um individuo que reclamou indemnização por hernia. O Tribunal não lhe deu razão, mas a discussão que alli se travou entre os peritos foi-lhe tão proveitosa que poucos meses depois, estando já a serviço de outro patrão, simulou um novo accidente com todas as minucias apontadas em juizo, recebendo, desta vez, a indemnização desejada!...

\* \* \*

Diante das considerações atrás delineadas, podemos apresentar as seguintes conclusões:

1. — Já é tempo de se firmar conceito sobre certos debattidos problemas ligados á hernia inguinal em infortunistica.
2. — A hernia inguinal accidente do trabalho ("hernia accidente typo") é uma raridade.
3. — A hernia inguinal doença profissional é contingencia relativamente frequente, sendo digna de maior divulgação, mesmo nos meios operarios e patronaes, a sua caracterização, afim de se evitarem os constantes attrictos surgidos na pratica, ao quererem os interessados confundil-a com a hernia inguinal accidente do trabalho.
4. — A questão da predisposição herniaria merece mais detido estudo, levando em consideração as difficuldades que encontra para se empregar o individuo portador de uma tal predisposição.
5. — A "prova da mesa operatoria" merece ser incluída em texto legal, como capaz de esclarecer duvidas sobre si uma hernia foi adquirida em trabalho.
6. — Exigindo a lei que o patrão dê assistencia medica, pharmaceutica e hospitalar ao accidentado, deverá ser obrigatoria a operação de toda hernia adquirida em trabalho, perdendo os direitos á assistencia e á indemnização o herniado que se recusar ao tratamento, preferindo uma invalidez voluntaria, cujas consequencias correrão por sua conta.

7. — Na tabella de lesões indemnizaveis, a expressão "hernia traumatica" deve ser substituida por "sequellas de hernia — grão maximo, grão medio e grão minimo".

8. — A intervenção cirurgica é o tratamento adequado para a hernia inguinal, seja qual fôr a sua origem ou mecanismo de formação.

9. — A obrigatoriedade do tratamento cirurgico da hernia inguinal porá termo ás frequentes simulações observadas na pratica, sendo aconselhavel, desde já, a consignação obrigatoria, na caderneta profissional do trabalhador, de que elle é portador de uma hernia adquirida ou não no serviço.

#### AUTORES COMPULSADOS:

*Associação Commercial de São Paulo*: — "Accidentes do Trabalho" — collectanea de decretos e instrucções, Empreza Rev. dos Tribunaes, São Paulo, 1935.

FAVERO (Flaminio) "Hernia e accidente do trabalho", Revista de Medicina, São Paulo, XXIV, 22, maio de 1940.

LYONNET (Pierre): "Hernies et accidents du travail", La Presse Médicale, XLVII, 1503, 11-15 de novembro de 1939.

MOORHEAD (John J.): "Traumatic inguinal hernia", The Journal of American Medical Association, XCVII, 1785, 21 de maio de 1932.

MOORHEAD (John J.): "The relation of trauma to inguinal hernia; analysis of 1.376 herniotomies", American Journal of Surgery, XLVII, 312, fevereiro de 1940; resumido em International Surgical Digest, XXIX, 218, abril de 1940.

RIBEIRO (Eurico Branco): "Sobre as sinistroses (a proposito de um caso de kysto osseo)", Boletim do Sanatorio São Lucas, São Paulo, I, 60, outubro de 1939.

SANTACRUZ (Carlos Gutierrez): "Hernia inguinal y accidente de trabajo", Medicina y Cirurgia de Occidente, Guadalajara, II, 119, março e abril de 1934.

SAUBIDET (Enrique J.): "Informe medico-legal, sobre accidente del trabajo", La Semana Medica, Buenos Aires, XXXIX, 1.199, 21 de outubro de 1932.

SCHIFFERLI: "Hernies et assurances; accidents en Suisse", La Presse Médicale, XLVII, 1.503, 11-15 de novembro de 1939.

SPERONI (Carlos Fernandez): "La hernia como accidente de trabajo", La Semana Medica, Buenos Aires, XXXVII, 1.384, 13 de nov. de 1930.

SPOTA (Benjamin B.): "Hernia accidente", La Prensa Medica Argentina, XXVII, 2.038, 2 de outubro de 1940.

TORNEL (Lorenzo G.): "La hernia-accidente", Revista Medica de Barcelona, XXI, 195, março de 1934.

## HEXOSE -

**Glycose a 50%.**  
**USO ENDOVENOSO**

TODAS AS  
NEURALGIAS  
REBELDES

SEDAÇÃO  
RAPIDA E  
ATOXICA

TODAS AS  
NEVRAXITES  
E SEQUÊLAS

# NAÏODINE

**A**

**2**  
**FORMAS**

**B**

SOLUÇÃO NORMAL

**2%**

**INTRA-MUSCULAR**

Empolas Amarellas

SOLUÇÃO CONCENTRADA

**5%**

**INTRA-VENOSO**

Empolas Azues

## INJEÇÕES INDOLORES

Dose por dia: de 10cc. a 20cc.

Fabricação no Brasil com licença especial dos lab. E. LOGEAIS

pelos

**LABORATORIOS PRIMÁ**

Caixa 1344

Rio de Janeiro

15)

*Úlceras  
gastro-duodenales*



PRODUCTOS "ROCHE" S. A. — RUA EVARISTO DA VEIGA, 101 — RIO

## Notas sobre os anofelinos de São Vicente e suas imediações \*

*A. da Silva Ramos e Ovidio Unti*

Realizando, durante o mês de Março de 1939, algumas observações sobre os anofelinos de São Vicente, Estado de São Paulo-Brasil, efetuamos também algumas pesquisas sobre as condições dos focos criadouros. E, dado o valor cada vez maior, do estudo da morfologia dos ovos, para a determinação das espécies de anofelinos, procuramos observar as posturas que nos foi possível obter.

No decorrer das pesquisas a temperatura sofreu variações bruscas, notando-se ascensões a 29°C. e quedas a 18°C. mantendo-se muito irregularmente dentro desses limites.

Quanto à escala pluviométrica, pode-se dizer que neste período a zona se manteve seca, registrando-se apenas leves precipitações.

Foram examinadas as coleções de águas, criadouras e prováveis criadouros de anofelinos.

Os focos mais importantes e ricos em larvas, foram sempre ou quasi sempre, constituídos por excavações, antigas cacimbas de olarias e brejos. As águas das inúmeras valas existentes, geralmente não continham larvas e apresentavam sinais de recente petrolização.

Efetuamos uma serie de dosagens químicas (do cloro dos cloretos e potencial hidrogenio ou *pH* nas águas onde foram encontradas larvas de anofelinos sós ou associados às larvas de culicíneos — *Culex sp.*, *Aedes sp.*), dosando também os mesmos elementos em coleções de águas julgadas por nós como propícia a evolução dos primeiros estadios desses mosquitos.

\* Nota apresentada à Soc. de Biol. de São Paulo, em 8-4-940. — Do Serviço de Profilaxia da Malária do Departamento de Saude do Estado de São Paulo. — (Diretor: Dr. Arthur Costa Filho).

Larvas de anofelinos e culicíneos foram encontradas em focos com teor em cloro dos cloretos mínimo de 0,010‰. e em focos com teor máximo de 7,005‰.

Houve sempre predominância de focos nas águas que apresentavam a taxa de cloro dos cloretos oscilando dentro dos limites 0,010‰. a 0,065‰.

O criadouro com Cl igual a 7,005‰. comunicava-se com a vala de água do mar e encontramos neste, larvas já do 4.º estado de *A. oswaldoi* var. *oswaldoi*.

Os criadouros onde foram encontradas larvas de anofelinos do grupo *Arribalzagia*, acusaram a taxa de Cl mínima de 0,013‰. e a máxima de 0,116‰., notando-se a predominância de águas de focos com teor variando entre 0,013‰. a 0,080‰.

As águas julgadas em condições favoráveis ao ciclo evolutivo dos mosquito, porém, onde não encontramos larvas, o Cl mínimo observado foi de 0,0102‰. e máximo de 4,75‰., notando-se também aqui, como nos focos larvários, predominância dos valores Cl compreendidos entre 0,40‰. a 0,070‰.

Nas poucas determinações do potencial hidrogenio (pH) praticadas afim de verificarmos o grau de acidez em ions H, tanto nos criadouros como nas coleções de águas onde não encontramos larvas, via de regra, o pH foi ácido, acusando geralmente o valor 6,0, e as raras águas alcalinas acusaram o pH máximo de 7,4.

A acidez ou a alcalinidade dos focos dados pelo pH não concordava com o teor cloro dos cloretos dos mesmos, parecendo não haver relação entre Cl e pH.

As espécies assinaladas nesta época foram:

*A. oswaldoi* var. *oswaldoi*

*A. strodei*

*A. serie tarsimaculatus* sp.

*A. albitarsis*

*A. intermedius*.

*A. mediopunctatus*.

*A. maculipes*.

*A. grupo Arribalzagia* sp.

Os quadros 1 e 11, mostram a distribuição das espécies e números de exemplares obtidos nos diferentes locais pesquisados.



# levantamos

## AS OSAGENS



ACORDO COM AS NECESSIDADES DA TERAPEUTICA  
MODERNA

# Bevitona

## Bevitona

(SELECT)

BRASIL

**FORTE**

CADA AMPÔLA CONTÉM  
25 MGRS. DE VIT. B<sub>1</sub>

Caixas de 5, 20 e 100  
ampôlas á 5 mgrs. de  
Vit. B<sub>1</sub>

Caixas de 3 e 10  
ampôlas á 25 mgrs. de  
Vit. B<sub>1</sub>

# BEVITONA FORTE

O emprêgo das altas doses de Aneurina (vitamina B1) vinha sendo preconizado por diversos cientistas, apesar dos inúmeros sucessos obtidos com dosagens de 1 a 2 miligramas, nas mais diversas formas de carência.

Já em 1938, WILLIAM e SPIES (Vitamina B1 and its Use in Medicine, N. York — pg. 88) aconselharam, na carência grave a administração de 10 mgrs. de vitamina B1, duas vezes ao dia; no beri-beri pronunciado, até 20 mgrs. duas vezes por dia.

BABILOTE ("Münch. med. Wschr.", 1938, pg. 557) prefere o tratamento de choque da polineurite da gravidez, mediante altas doses de vitamina B1. STRAUSS ("The J. Am. Med. Ass.", vol. 110, n.º 13 - 1938, pg. 953) frizando a completa ausência do perigo das superdosagens menciona o emprego, nos primeiros dias de tratamento da avitaminose B1, de 20 a 50 mgrs. de aneurina, por dia.

Muito recentemente, KIENE, STREITZIESER e MILLER ("The J.A.M.A." vol. 114, n.º 22 - 1940, pg. 2191) relataram o tratamento de vários casos de "delirium tremens" com doses elevadíssimas de vit. B1: 50 a 100 mgrs. por via endovenosa, em 24 horas.

Considerando essa evolução das dosagens da vitamina B1 em terapêutica, resolvemos **ELEVAR PARA 5 MILIGRAMOS POR AMPOLA** a nossa **BEVITONA** e lançar uma nova apresentação:

**BEVITONA-FORTE** com 25 MILIGRAMOS POR AMPOLA, em caixas de 3 e 10 ampolas de 2 cc.

Lembramos ainda que a via endovenosa é sem dúvida a mais indicada para a sua administração, pois além de totalmente inócua, permite, segundo STUBLE-TEGLBJOERG que a aneurina aja com a sua máxima eficácia.

## INSTITUTO "SELECTUS"

departamento da

S/A INSTITUTOS TERAPEUTICOS REUNIDOS LABOFARMA

RUA GLICERIO, 497

S. PAULO



**A t e n ç ã o !** As caixas de **BEVITONA** serão vendidas sem alteração de preços apesar do aumento da dosagem !

## Q U A D R O I

## PESQUISAS DE FÓCOS LARVARIOS

| LOCAL             | DATA | NATUREZA<br>DO CRIADOURO | E S P É C I E S |         |          |        |                 |                |                 |                 |
|-------------------|------|--------------------------|-----------------|---------|----------|--------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|
|                   |      |                          | S.<br>Tars.     | Strodei | Oswaldoi | Albit. | A.<br>intermed. | A.<br>medio p. | A.<br>maculipes | GRUPO<br>Arrib. |
| Parque Bitarú     | 28-7 | poca d'água pluvial      | —               | —       | —        | —      | 1               | —              | —               | 5               |
| Vila Margarida    | 31-7 | remanso                  | —               | —       | —        | —      | —               | —              | —               | 1               |
| Bairro Matão      | 1-8  | pogo                     | —               | —       | —        | 1      | —               | —              | —               | —               |
| R. Tamoio 132/591 | 1-8  | pogo                     | —               | —       | —        | —      | —               | 6              | 2               | 1               |
| R. Frei Gaspar    | 2-8  | bréjo                    | —               | —       | 1        | —      | —               | —              | —               | 1               |
| Bugre             | 28-7 | —                        | —               | —       | —        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Bugre             | 3-8  | bréjo                    | —               | —       | —        | —      | 13              | —              | —               | —               |
| Bugre             | 3-8  | bréjo                    | —               | —       | —        | —      | 25              | —              | —               | —               |
| R. 15 Novembro    | 4-8  | poca d'água pluvial      | —               | 1       | —        | —      | 2               | —              | —               | 4               |
| Voturú            | 31-7 | remanso                  | —               | —       | 3        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Voturú            | 1-8  | fonte                    | —               | —       | —        | —      | —               | —              | —               | 3               |
| Voturú            | 1-8  | bréjo                    | —               | —       | —        | —      | —               | 3              | —               | —               |
| Voturú            | 3-8  | bréjo                    | —               | —       | 18       | —      | —               | —              | —               | —               |
| Voturú            | 7-8  | bréjo                    | —               | —       | 3        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Voturú            | 8-8  | bréjo                    | —               | —       | 1        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Voturú            | 8-8  | pogo                     | 1               | 1       | 1        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Voturú            | 8-8  | valas                    | —               | —       | 2        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Voturú            | 9-8  | —                        | —               | —       | —        | —      | —               | 6              | —               | —               |
| Av. P. Wilson     | 2-8  | bréjo                    | —               | —       | 1        | —      | —               | 2              | —               | —               |
| Av. P. Wilson     | 3-8  | bréjo                    | —               | —       | 1        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Japui             | 4-8  | vala                     | —               | —       | 1        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Japui             | 8-8  | vala                     | —               | —       | 1        | —      | —               | —              | —               | —               |
| Japui             | 9-8  | olaria                   | —               | —       | 17       | —      | —               | —              | —               | —               |
| Japui             | 10-8 | olaria                   | —               | —       | 20       | —      | —               | —              | —               | —               |
| Japui             | 16-8 | poca                     | —               | —       | 7        | —      | —               | —              | —               | —               |
| TOTAL: . . .      |      |                          | 1               | 2       | 75       | 1      | 52              | 6              | 1               | 16              |

## Q U A D R O II

## CAPTURAS COM ISCA ANIMAL 1939

| LOCAL              | Data | ESPECIES                    |                      |               |                |                    |
|--------------------|------|-----------------------------|----------------------|---------------|----------------|--------------------|
|                    |      | A. série tarsimaculatus sp. | M. oswaldoi oswaldoi | A. albitarsis | A. intermedius | A. medio punctatus |
| Vila Margarida . . | 10-8 | —                           | —                    | —             | 1              | —                  |
| Rua Tamoio . . .   | 3-8  | —                           | —                    | 1             | —              | —                  |
| Rua Frei Gaspar .  | 4-8  | —                           | —                    | —             | 1              | —                  |
| Km. 10 . . . . .   | 5-8  | 2                           | 1                    | —             | —              | —                  |
| Bugre . . . . .    | 17-8 | 2                           | —                    | —             | —              | —                  |
| Bugre . . . . .    | 17-8 | 1                           | —                    | —             | —              | —                  |
| Voturuá . . . . .  | 14-8 | —                           | 1                    | —             | —              | —                  |
| Voturuá . . . . .  | 8-8  | —                           | —                    | —             | 1              | —                  |
| Voturuá . . . . .  | 15-8 | 4                           | 7                    | —             | 4              | 4                  |
| Voturuá . . . . .  | 15-8 | —                           | 4                    | —             | 3              | 3                  |
| Av. P. Wilson . .  | 2-8  | —                           | —                    | 1             | —              | —                  |
| R. Freitas Guimar  | 9-8  | —                           | —                    | —             | 2              | —                  |
| Japui . . . . .    | 10-8 | 4                           | 9                    | —             | —              | —                  |
| Japui . . . . .    | 15-8 | —                           | 1                    | —             | —              | —                  |
| TOTAL: . . .       | —    | 13                          | 23                   | 2             | 12             | 7                  |

## CAPTURAS EM ESTABULOS

Local-Voturuá - 1 exemplar de *A. intermedius*

## CAPTURAS EM DOMICILIOS

Foram efetuadas 43 capturas domiciliares - todas negativas

Pesquisas e colheitas de larvas de anofelinos já haviam sido efetuadas nesta localidade e arredores pelo pessoal do Serviço, no decorrer dos anos de 1934, 1935, 1936, 1937 e 1938.

Tais resultados que obtivemos nos arquivos de Seção de Entomologia e que apresentaremos no quadro 111, nos fornecerão diversos aspectos da fauna anofélica em épocas diferentes.

## QUADRO III

Relação das espécies assinaladas em S. Vicente, Fortaleza de Itaipú e Praia Grande no decorrer dos anos de 1934, 1936, 1937 e 1938

| SÃO VICENTE         |                     |  |
|---------------------|---------------------|--|
| 1934                | Maio . . . . .      | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. strodei</i> , + <i>oswaldoi</i> ,<br><i>A. argyritarsi</i> , <i>A. albitarsis</i> , <i>A. intermedius</i> , <i>A. eiseni</i> |
|                     | Junho . . . . .     | <i>A. mediopunctatus</i> ?   |
|                     | Julho . . . . .     | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. strodei</i> , <i>A. mediopunctatus</i> ?   |
|                     | Setembro . . . . .  | <i>A. strodei</i> , <i>A. albitarsis</i>   |
| 1935                | Dezembro . . . . .  | <i>A. eiseni</i>   |
| 1937                | Janeiro . . . . .   | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. strodei</i> , <i>A. oswaldoi</i> ,<br><i>A. argyritarsis</i> , <i>A. albitarsis</i>  |
|                     | Fevereiro . . . . . | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. strodei</i> , [ <i>A. intermedius</i> ]  |
|                     | Março . . . . .     | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp.   |
|                     | Maio . . . . .      | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. intermedius</i>  |
|                     | Julho . . . . .     | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. strodei</i>  |
|                     | Setembro . . . . .  | <i>A. oswaldoi</i>   |
|                     | Outubro . . . . .   | <i>A. intermedius</i>  |
| 1938                | Outubro . . . . .   | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. strodei</i> , <i>A. oswaldoi</i> ,<br><i>A. intermedius</i>  |
| FORTALEZA DE ITAIPU |                     |  |
| 1934                | Janeiro . . . . .   | <i>A. argyritarsis</i> , <i>A. intermedius</i> , <i>A. eiseni</i> , <i>A. cruzi</i>  |
| 1936                | Dezembro . . . . .  | <i>A. strodei</i> , <i>A. oswaldoi</i> , <i>A. eiseni</i>  |
| 1937                | Janeiro . . . . .   | <i>A. série tarsimaculatus</i> sp., <i>A. intermedius</i> , <i>A. eiseni</i>   |
| 1938                | Janeiro . . . . .   | <i>A. albitarsis</i> , <i>A. mediopunctatus</i> ? <i>A. eiseni</i>   |
| PRAIA GRANDE        |                     |  |
| 1936                | Junho . . . . .     | <i>A. série tarsimaculatus</i> , <i>A. argyritarsis</i>  |

Analisando sumariamente os resultados dos quadros 1 e 11, vemos que foi mínima a diferença entre o numero de exemplares do grupo *Nyssorhynchus* e do grupo *Arribalzagia*, embora existindo tendencia para maior frequencia do primeiro grupo.

No grupo *Nyssorhynchus* houve sempre predominancia excessiva da *série tarsimaculatus*, (principalmente *A. oswaldoi*) sobre a *série argyritarsis*.

Esta ultima serie foi sempre representada por rarissimos exemplares de *argyritarsis* e *albitarsis*, apesar de serem eles, como

*A. oswaldoi*, incriminados pela transmissão da plasmodiose humana.

Comparando estes resultados (1939) com os de 1934, 1936, 1937 e 1938 englobados, observamos que a frequência do grupo *Nyssorhynchus* representados pelas espécies *oswaldoi*, *strodei*, *argyritarsis*, e *albitarsis* seguiu próxima a dos anofelinos do grupo *Arribalzagia*, representados pela espécie *intermedius* e *mediopunctatus*? Os exemplares da espécie *eiseni* foram assinalados em bom numero, comparativamente às das espécies acima.

Convem assinalar aqui, que no periodo relativo ao ano de 1939 (agosto), foram negativas as capturas domiciliares, efetuadas em casas ou casebres situados nos lugares onde existiam focos larvários e cujas capturas com isca animal foram positivas.

As capturas sistematicas efetuadas em estabulos, apenas num, foi capturado um exemplar de *A. intermedius*.

### OBSERVAÇÕES SOBRE A MORFOLOGIA DOS OVOS

*A. (Nyssorhynchus) oswaldoi*, (Peryassú 1922), var. *oswaldoi*:

Obtivemos uma postura de uma fêmea capturada com isca animal. Os ovos concordam com a microfotografia de Galvão (1938).

*A. (Anófêles) intermedius* Chagas, 1908

Os ovos desta espécie são alongados, de extremidades fusiformes. Apresentamos uma microfotografia semelhante á obtida por Costa Lima (1928). Vistos pela face dorsal apresentam tres abas branca prateadas, sendo duas compostas por gomos flutuadores, dispostos lateralmente em sua base no sentido longitudinal e uma na linha mediana com o aspecto de trança branca. Em cada extremidade ha um pequeno rebórdo. No exocorion



Ovos do Anófêles (A.) *Intermedius* Chagas 1908 — (Microfotografia)



nota-se uma formação reticular de cor prateada de pequenas áreas hexagonais. Suas medidas são em média para 10 óvos: 600 micra de comprimento e 200 de largura.

*Anóféles mediopunctatus?* Theobal, 1903.

De uma fêmea que acreditávamos fosse desta espécie, conseguimos uma oviposição. Os óvos são muito diferentes da figura de Bonne & Bonne Wepster (1925). Infelizmente não conseguimos obter geração e nos limitamos a apresentar a descrição:

Face dorsal em forma de canôa achatada e ligeiramente concava. Lateralmente duas linhas de flutuadores com 31 gomos cada, tomando quasi toda a extensão do ovo. Talvez se pudesse comparar a um trematoide (Fac. hepatica).

Possue em cada extremidade um rebórdo muito pequeno. A parte anterior é mais larga que a posterior. A parte mediana lembra uma fita escura ornamentada com um reticulado de áreas hexagonais.

Face ventral: exocorion negro, com ornamentação semelhante á da face dorsal. Vistos por transparencia os gomos mostram a forma de escama de peixe. Medem 500 micra de comprimento por 200 de largura.

#### RESUMO

Neste trabalho os AA. referem-se a dados estatísticos de anofelinos encontrados em São Vicente, Estado de São Paulo-Brasil, e suas imediações (Forte de Itaipú e Praia Grande), zonas de malária endêmica situadas no litoral.

Relatam as espécies de anofelinos assinaladas nos anos de 1934 a 1938 e os anofelinos obtidos em 1939, e mencionam as condições químicas (cloro dos cloretos e a acidez em pH) das águas criadouros desses mosquitos.

As larvas encontradas em São Vicente e suas imediações nos anos de 1934 a 1938 foram assim determinadas: *A. oswaldoi* var. *oswaldoi*, *A. strodei*, *A. eiseni*, *A. lutzi*, *A. intermedius*, (*A. mediopunctatus?*), *A. argyritarsis*, *A. albitarsis* e *A. cruzi*. Destas espécies, as tres ultimas foram encontradas rarrissimas vezes.

As larvas de anofelinos encontradas no periodo de 1 a 18 de agosto de 1939, foram assim distribuidas: *A. oswaldoi*, *A. strodei*, *A. intermedius*, (*A. mediopunctatus?*), e rarrissimos exemplares de *A. maculipes*, *A. argyritarsis* e *A. albitarsis*.

Os resultados comparativos dos anos seguidos e em conjunto, evidenciaram que foi minima a diferenca da frequencia entre os grupos *Nyssorhynchus* e *Arribalzaga*, embora existindo tendencia para a maior frequencia do primeiro grupo. Nos *Nyssorhynchus* houve sempre predominancia dos anofelinos da serie *tarsimaculatus*, sobre a serie *argyritarsis*. Esta ultima serie foi sempre representada por rarrissimos exemplares de *A. albitarsis* e *A. argyritarsis*. Dos *Arribalzaga*, a especie predominante foi o *A. intermedius*.

As capturas em habitações peri-fócais levadas a efeito em agosto de 1939, resultaram negativas. Um unico exemplar de *A. intermedius*, foi capturado num dos muitos estabulos examinados.

As determinações da acidez (pH) e do clóro dos cloretos nos criadouros pesquisados, acusaram sempre pH ácido, entre 6,0 a 6,4 e os raros pH alcalinos foram de 7,2 a 7,4.

O clóro dos cloretos oscilou geralmente dentro dos limites: 0,010°/oo, a 0,80°/oo.

Referem-se á morfologia dos óvos de algumas especies de anofelinas.

### SUMMARY

The authors report the data they obtained on the *Anopheles* from S. Vicente (Est. S. Paulo-Brasil) and its environments, endemis malarial region.

They refer on the chemical conditions of the breeding-places where pH of the water was 6,0 to 6,4 and 7,2 to 7,4, and also about the eggs *A. oswaldoi* var. *oswaldoi*, *A. intermedius*, and *A. mediopunctatus*?

### BIBLIOGRAFIA

AYROSA GALVÃO, A. L. — 1938 — "Observações sobre algumas especies do subgenero *Nyssorhynchus*, com especial referencia á morfologia dos óvos". Rev. Biologia e Higiene 9 (1):51-60, nov. 1938.

BONNE C. & BONNE WEPSTER J. — 1925 — "Mosquitoes of Surinam".

COSTA LIMA, A. — 1929 — "Sobre algumas anofelinas encontradas no Brasil" "Supl. Mem. Inst. Osw. Cruz. 12:275-292.

Endereço: Dr. Ovidio Unti e A. da Silva Ramos  
Departamento de Saude

Serviço de Profilaxia da Malária  
São Paulo-Brasil

(NOTA) — Grande parte do material que serviu de base a estas notas foi coletada pela comissão de malária composta dos Drs. V. Homem de Melo, A. Schiavi, M. Prestes Cesar, E. Arantes Barreto e C. Passalacqua.

# GLYCOSORO

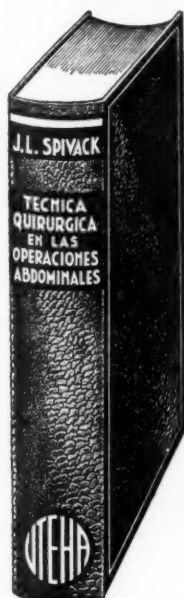
SORO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

O melhor coptra a fraqueza  
organica, sobretudo quando  
houver retenção chloretada  
Uma injeção diaria ou em dias alternados

Laboratório  
Grosz  
Rio de Janeiro

# "O QUE SE DEVE FAZER, COMO SE DEVE EXECUTAR"

Na famosa obra de Spivack:



Como todas as demais obras desta Editorial, este volume pôde ser adquirido em suaves prestações mensais.



Rio - Av. Rio Branco, 114, 1.º and.  
S. Paulo - R. Marconi, 87, 1.º and.

Brasil - Colombia -  
Cuba - Chile - España -  
Guatemala -  
Mexico - Perú - Porto Rico -  
Uruguai - Venezuela.

## TECNICA QUIRURGICA EN LAS OPERACIONES ABDOMINALES

NESTA obra, nada tem o leitor a "conjeturar" ou "interpretar". Segundo as próprias palavras do autor, em seu prefácio, muitos livros ensinam o que se deve fazer em cada caso, presumindo sempre que o leitor tenha um completo conhecimento da técnica. Por isso, não explicam como executar. Esta grande lacuna na literatura didática está preenchida agora com este livro.

Spivack, embora concorde que nenhum livro pôde substituir a experiência clínica, apresenta tão claramente as descrições das diversas intervenções cirúrgicas e métodos típicos de operações, e as ilustra fartamente com desenhos de artistas especializados, que é completamente impossível tornar mais completo este livro, á luz do atual conhecimento humano; cada um dos seus capítulos acha-se perfeitamente identificado com o ensino direto, adquirido junto ás mesas de operação.

### Peça detalhes ao Editor



EDITORIAL GONZALEZ PORTO

Rio - Av. Rio Branco, 114, 1.º and.  
S. Paulo - R. Marconi, 87, 1.º and.

Desejo receber gratis, e sem compromisso de compra, amplos detalhes sôbre a notável obra de Spivack.

NOME.....

PROFISSÃO .....

ENDEREÇO .....

# MUGÓLIO

O **MUGÓLIO** é um producto balsâmico obtido pela destillação dos arbustos, agulhas e ramículos do Pinus Pumillo, que cresce contera que vegeta nas rochas das altas montanhas das Alpes Dolomíticas, em altitude superior a 2.000 metros.

As propriedades therapeuticas do **MUGÓLIO** baseiam-se em suas acções balsamica, antipurida e anticephalal.

O **MUGÓLIO** encontra, pois, indicação em todas as affecções das vias respiratorias, agudas e chronicas. Com o seu uso, desaparecem a febre e os suores nocturnos; restabelece-se o sono e o appetite; observa-se notavel melhora na taxa hemoglobínica e no quadro hemático de onde, como consequencia, o augmento de peso e a acceleração da cura.

## *Mugolis injectavel*

sob 3 fórmulas:

- **MUGÓLIO SIMPLES** - I, II e III grãos
- **MUGÓLIO COM CHOLESTERINA E CINNAMATO BENZYLICO** - I e II grãos
- **MUGÓLIO LECITHINADO** - I e II grãos

\*\*\*

- **OTO-RINO MUGÓLIO** - Solução a 5 e 10 0/0 em oleo de vaselina
- **RINO-MUGÓLIO** - Pomada para o nariz, com 3 0/0 de ephedrina
- **POÇÃO DE MUGÓLIO** - Solução a 3 0/0 em vehiculo xeroposo.

LABORATORIOS CALOSI DALLARI-L. PICOLLO & C<sup>IA</sup> R. DA GLORIA, 674 - S. PAULO

## Considerações sobre os aspectos retosigmoidoscópicos e os quadros radiológicos do grosso intestino na esquistosomiase mansonii\*

(Doença de Manson - Pirajá da Silva)

**Dr. João Alves Meira**

*Livre docente de Clínica de Moléstias Tropicais e Infecciosas.  
Assistente de Clínica do Instituto de Higiene.  
Assistente voluntário da 3.ª Clínica Médica.*

### SUMÁRIO :

1. — Introdução. 2. — Breve revisão da literatura.
3. — Material de estudo. 4. — Observações.
5. — Comentários. 6. — Resumo. 7. — Conclusões. 8. — Bibliografia.

### INTRODUÇÃO

Poderá parecer estranho o fato de nós que nos preocupamos principalmente com as questões de parasitologia clínica, virmos tratar de um assunto da alçada dos especialistas, aliás, um tema duplamente especializado, pois versa sobre protologia e radiologia. Mas, duas ordens de motivos nos animaram a estas considerações. Primeiro, justamente chamar a atenção dos especialistas para este aspecto da parasitose que nos preocupa. A escassez da nossa literatura a respeito, como é fácil de se verificar, está em franco contraste com a cifra cada vez maior dos nossos doentes. Em segundo lugar, em vista de termos estudado de uma maneira mais ou menos completa, um número apreciável de esquistosomóticos das mais diversas modalidades clínicas, pareceu-nos de algum interesse aproveitar esta oportunidade para dar uma impressão de conjunto relacionando os achados dos exames retosigmoidos-

\* Trabalho da Clínica Médica Geral e Patologia Médica. (Diretor: Prof. Rubião Meira). — Apresentado à Semana de Higiene, Moléstias Tropicais e Infecciosas em 27-XI-940.

cópicos e radiológicos neles praticados com os outros dados mais importantes do quadro clínico. Estas as razões que justificam mais esta nossa despretençiosa contribuição ao estudo da doença de Manson — Pirajá da Silva.

### BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Vamos resumir separadamente as informações que colhemos no domínio da radiologia e da retosigmoidoscopia na esquistosomíase mansoní. Ao que nos consta a esquistosomíase mansoní não foi estudada de um modo sistemático sob o ponto de vista radiológico. O maior acervo de observações e trabalhos refere-se ao exame radiográfico do aparelho urinário para verificação das lesões esquistosomóticas ocasionadas pelo *Schistosoma haematobium*<sup>1</sup>. Estes dados não tem para nós nenhum interesse e por isso deixaremos de os mencionar. As lesões intestinais determinadas pelo *S. mansoní*, e que são as únicas que visaremos, estudadas radiologicamente só são referidas incidentalmente ou de passagem pelos autores. Assim Brailsford<sup>2</sup> em trabalho sobre o diagnóstico radiológico das verminoses assinala a possibilidade de se diagnosticar radiologicamente a esquistosomose quando os helmintos morrem e sofrem um processo de calcificação. Biggam, Hashim e Ghalioungni<sup>3</sup> escreveram a propósito "A barium enema in bilharzial dysentery frequently demonstrates, very clearly, the presence of papillomata. The gut should only be partially filled with barium, giving just sufficient to coat the surface on the gut wall, otherwise the finding can be seen in the illustration which shows a number of small round fillings defects where the papillomata are situated. Inflation of the bowel after the barium enema often assists in visualising the contour of the gut".

Aly Ibrahim Pacha<sup>4</sup> no Congresso de Cirurgia reunido no Cairo em 1935, afirma que radiologicamente o comprometimento do intestino é verificado ao nível do cólon pelviano ou sigmoide, principalmente na última porção. Tal comprometimento aparece após o enchimento pelo bário e assume a forma de "defeitos de enchimento" circulares ou piriformes, tão característicos que se os póde diretamente distinguir dos outros tumores dessa região. Estes defeitos de enchimento, segundo o autor citado, não se vê nunca mais alto no cólon, e na grande maioria dos casos diagnosticados os aspectos radiológicos se limitam à parte inferior do sigmoide. Ragheb<sup>5</sup> recentemente (1939) tratou de novo do assunto, mas o seu trabalho não nos foi accessível senão através um resumo insufficiente que transcrevemos: "Ragheb estabeleceu que a brilharziase apresenta-se roentgenologicamente sob duas formas: 1. A deposição dos ovos na submucosa é seguida de ulceração

30)



e subsequente deposição calcárea. 2. A deposição de ovos é seguida pela formação de papilomas; estes por sua vez podem ulcerar-se ou calcificar-se e então dar a aparência de um cálculo. A primeira forma é predominante na bexiga, ureteres e vesículas seminais. A segunda forma é usual nos intestinos, rins e pelvis-renal”.

Pelo que se viu o aspecto radiológico referido pelos autores citados é o “defeito de enchimento” que traduz uma lesão papilomatosa. Estes dados radiológicos estão de acôrdo com o que se conhece da anatomia patológica da esquistosomiase mansoni, segundo os mesmos autores. Assim Aly Ibrahim Pacha<sup>4</sup> tratando dos aspectos anátomo patológicos da esquistosomiase intestinal no Egito, friza a frequência dos papilomas que aparecem como formações vegetantes, por vezes numerosas, estendendo-se por grande extensão do intestino grosso e que às vezes, se reúnem formando verdadeiras massas, sugerindo a comparação com o couve-flôr e em certas ocasiões fazendo mesmo saliência para fóra do anus.

Todos os autores clássicos descrevem com detalhes as formações papilomatosas da esquistosomiase mansoni (Letulle<sup>6</sup>, Manson-Bahr<sup>7</sup> etc.) o que torna desnecessário insistirmos.

Girges<sup>8</sup> descreve mesmo com o nome de período papilomatoso o terceiro estágio da forma intestinal da esquistosomiase mansoni que ele analisa pormenorizadamente, quer sob o ponto de vista anátomo patológico, quer puramente clínico. Seus casos neste estágio representam 36% de todos os doentes dessa forma de parasitose. Em Porto Rico, Juan A. Pons<sup>9</sup> que realizou um excelente estudo clínico da esquistosomiase mansoni, escreve a respeito do tipo intestinal da moléstia que “o grosso intestino aos Raios X, foi estudado em 4 casos; em um caso grave foi encontrado incompetência da válvula íleo-cecal e espasmos do hemi-côlon transversal direito e da flexura esplênica; nos outros a topografia era normal”.

Por outro lado Valencia Parpacen<sup>10</sup>, de Venezuela, em suas observações sobre a forma intestinal de esquistosomiase mansoni, afirma que radiologicamente não se verificam sinais característicos desde que “com enema opaco e insuflacion se pone de manifesto defectos de replesion en sigmoides, espasmo en descendentes, tifloatonias, colon ascendentes dilatado con angulo derecho muy ancho, dolor en toda la extension del colon”.

No Brasil não encontramos nenhuma referência aos exames radiológicos sistemáticos feitos nos esquistosomóticos e talvez por isso nossa pequena contribuição seja digna de algum interesse.

Passando agora para o aspecto retosigmoidoscópico da esquistosomiase mansoni, vemos que as suas lesões foram estudadas pela endoscopia de uma maneira perfeita por Biggam e Arafa<sup>11</sup>,

cuja descrição foi depois confirmada por Biggam<sup>11a</sup>, Manson-Bahr<sup>7</sup> e outros.

Biggam e Arafa<sup>11</sup> dão a seguinte descrição depois de ressaltar a importância do método endoscópico para a obtenção do material para exame e diagnóstico: "Os aspectos das alterações patológicas produzidas pela infecção bilharziana do intestino vistos através o sigmoidoscópio variam acentuadamente nos diversos casos e em diferentes partes do intestino do mesmo caso. As lesões mais intensas são usualmente as mais baixas situadas, afetando frequentemente as últimas polegadas do reto, mas geralmente estendendo-se para cima tão alto como seja capaz de atingir o instrumento".

A alteração mais precoce reconhecível por nós a olho nú, tem sido um estado de hiperemia e vermelhidão da mucosa em zonas da parede intestinal. Nestas áreas hiperêmicas são vistas pequenas manchas profundamente vermelhas, arredondadas, típicas, salpicando a superfície da mucosa, e que são causadas pela presença de ovos nestas localizações. Estas manchas vermelhas são muito características e servem para o diagnóstico da afecção bilharziótica recente. Não infrequentemente elas são encontradas sem o fundo hiperêmico, a mucosa circunvizinha aparecendo sadia quando então as manchas vermelhas sobressaem muito nitidamente na mucosa sã, côr de rosa". "Outras áreas do intestino podem mostrar papilomas de tamanhos diferentes variando desde aquele de uma pequena elevação até uma grande massa quasi obstruindo a luz intestinal. Estes papilomas podem ser sesséis ou pediculados, e muito variáveis em número, sendo algumas vezes muito raros, alcançando o sigmoidoscópio um ou dois, ou são extremamente numerosos, guarnecendo quasi toda a extensão do intestino terminal visto através o instrumento. O papiloma é de côr mais vermelha que a mucosa sã circunvizinha, mas algumas vezes são vistas pequenas zonas hemorrágicas que sangram facilmente com a passagem do sigmoidoscópio mas transitóriamente porque logo elas se estancam. Com certa frequência a extremidade do papiloma se necrosa, torna-se acinzentada, e em alguns casos, quando a parte necrosada do papiloma se desprende, a porção restante ou base do papiloma, torna-se bem saliente do resto da mucosa e pôde se apresentar umbelicada (V. figura 1). Na opinião de Biggam e Arafa<sup>11</sup>, nos casos puros de bilharziose só excepcionalmente se vê ulcerações semelhantes, às úlceras amebicas e na maior parte dos casos em que tal aspecto é observado se trata de infecção pela *Endamoeba histolytica* super ajuntada à esquistosomose, verificação que é fácil de se fazer pela pesquisa do protozoário no material obtido por curetagem. Entretanto, pequenas ulcerações superficiais ou erosões da mucosa, são comumente observadas nas afecções esquistosomóticas. Num único

32)

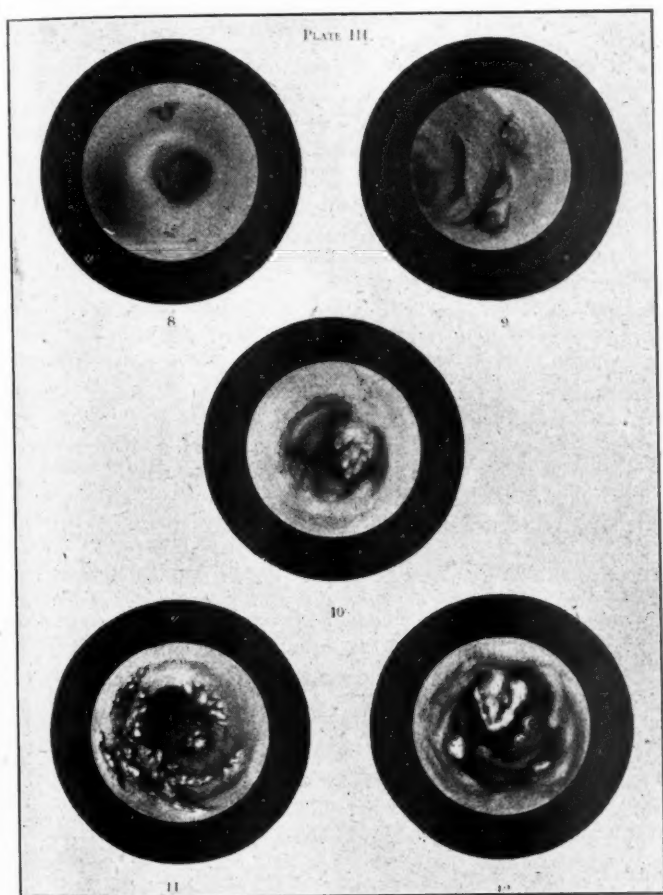


Fig. 1 — Reprodução photographica da estampa colorida do trabalho de A. G. Biggam e M. A. Arafa, The sigmoidoscope as an aid in the diagnosis of dysenteric conditions in Egypt. Trans. of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. Vol. XXIV n.º 2 august, 1930. pag. 187-200. Ver referencia no texto.

caso de estreitamento retal referido por Biggam e Arafa<sup>11</sup> no qual foi vista uma intensa infiltração difusa e massiça da mucosa e toda parede intestinal havia associadamente à esquistosomose lesões carcinomatosas super ajuntadas. Bensaúde<sup>12</sup> a propósito da brilharziose retal escreveu que “ao exame endoscópico, encontra-se sêjam lesões de retites de aspecto banal, sêjam formações poliposas, sêjam enfim, ulcerações. Estas lesões, sobre-

tudo as retites proliferantes e ulcerosas, devem levantar a suspeita de brilharziose nos indivíduos procedentes do Egito, da Tunísia ou das Antilhas, onde esta afecção é muito frequente”.

Aly Ibrahim Pacha<sup>4</sup> no trabalho já citado, diz que em resumo pelo “retoscópio ou sigmoidoscópio, pôde-se ver a mucosa infiltrada, edemaciada, disseminada de placas de infiltração, de polipos ou de úlceras”.

Girges<sup>8</sup> estuda separadamente as lesões na fase disentérica, ou segundo período intestinal, e no terceiro período ou papilomatoso da forma intestinal da esquistosomose mansonii. Descrevendo o que se observa no período disentérico, Girges<sup>8</sup> escreve “O esfínter anal pôde ser relaxado mas nenhum papiloma é percebido embora a mucosa seja muito sensível e sangue facilmente”. Com o sigmoidoscópio são descobertas várias lesões esquistosomóticas, em todas as partes do reto e sigmoide, mas principalmente na junção reto sigmoide (12-13 cms. do anus). “A mucosa é algumas vezes anêmica, mas é geralmente profundamente congesta, vermelha, aveludada, sangrando, rugosa, devido à hipertrofia da mucosa e em partes cobertas com muco denso”. “Existe infiltração da mucosa sob a forma de pequenas áreas vermelhas granulosas disseminadas num ponto e outro. O aspecto de areia úmida pôde também ser visto na mucosa rugosa prolabada, alterada em sua substância e elevada, tendo uma superfície congesta e facilmente ulcerada”. “Existem também erosões mínimas, vermelhas brilhantes com sangue e algumas vezes ulcerações”.

Quanto ao período papilomatoso Girges<sup>8</sup> considera separadamente as lesões de sigmoide e do reto da seguinte forma:

1. “O sigmoide, 12 a 13 cms. acima do orifício anal.
  - a) Infiltração focal ou geral com edema da mucosa.
  - b) Pequenas massas elevadas.
  - c) Úlceras esquistosomóticas definidas.
  - d) Papilomas, ou íntegros ou ulcerados com seu aspecto granuloso característico, vermelhos, recobertos em sua superfície, com pequenas e numerosas escoriações ou ulcerações.
  - e) Polipos antigos, com sua cor amarela baço como areia úmida, tão característica da esquistosomose.
  - f) Elevações ulceradas podem estar presentes em grande número.
2. “Reto — desde 4 a 5 cms. do orifício retal até seu limite superior (12-13 cms.).
  - a) Retite de aspecto comum, ou a infiltração difusa aumenta e afeta todas as camadas da mucosa, a qual fica

- relaxada, exuberante e prolabada, a princípio durante somente a defecação, mas depois permanentemente.
- b) Extreitamento ou mesmo estenose, geralmente 10 cms. da abertura anal.
  - c) Ulcerações — ulcerações disentericas verdadeiras (endamoébricas) não aparecem no reto. Portanto aquelas ulcerações vistas com o sigmoidoscópio no reto e parte inferior da flexura sigmoide, com seus bordos eriçados, necrosados e seus aspecto agudo peculiar, não acarretam ao erro de diagnóstico, ainda que certos casos de ulcerações esquistosomóticas sejam complicadas por infecção amebiana.
  - d) Formações polipoides.
  - e) Polipos verdadeiros, papilomas, crescendo na superfície da mucosa infiltrada em pequenas bases separadas, as quais crescem gradualmente tornam-se uma das melhores indicações da esquistosomíase do reto. Elas são geralmente presentes na parede posterior do reto e aparecem como escrescências arredondadas do tamanho de uma ervilha grande ao de um ovo de galinha. Eles são mols e de cor escura comparável com a cor de mucosa que os circundam. Não se os póde comparar melhor do que com porções de veludo de cor "bordeaux" protando-se sobre um fundo rosa pálido. Sua superfície é lisa e algumas vezes isenta de revestimento íntegro.
  - f) Grandes tumores.
  - g) Orifícios de fístulas atuais ou anteriores.

As descrições reto sigmoidoscópicas feitas por Biggam e Arafa<sup>11</sup>, Ibrahim Pacha<sup>4</sup> e Girges<sup>8</sup> estão concordes com os dados anátomo-patológicos da esquistosomíase intestinal como vimos classicamente admitidos pelos autores.

Pons<sup>9</sup> em Porto Rico assim descreveu o resultado do exame ano-reto-sigmoidoscópico nos doentes de esquistosomíase mansoni por ele estudados segundo as fórmulas clínicas da parasitose. No segundo estágio do tipo hépato-esplênico ou seja, no estágio de hépato-esplenomegalia o exame foi registrado em 15 casos assim: "em alguns foi praticado apenas a inspeção do anus, em outros, além da inspeção foi feito o toque digital e ainda em outros foi realizado a exploração proto-sigmoidoscópica. Em quatro, a região anal se apresentava sem nada de patológico e em quatro também pela retosigmoidoscopia; em três casos foram notados hemorroides internas ou externas, ou ambos; em quatro, congestão da mucosa foi verificada pelo exame proto-sigmoidoscópico, mas nem úlceras ou polipos foram encontrados neles.

Apenas um caso exhibia o único polipo papilomatoso anal de origem esquistosomótica que vimos”.

No segundo estágio do tipo intestinal ou seja na esquistosomiase intestinal ativa, Pons<sup>9</sup> assinala que “o exame ano-retosigmoide revelou digno de nota alguns casos de hemorroides, vários de prolápsos rectaes, pouco importantes. A mucosa retosigmoide aparecia intensamente congestionada, de aspecto aveludado, de cor purpúrea; pequenas áreas hemorrágicas são encontradas aqui e ali, geralmente pequenas, podendo sangrar em vários pontos pelo traumatismo incidental durante o exame. A mucosa aparecia hipertrofiada e enrugada em alguns pontos, e, em outros recoberta de muco. De vez enquanto, se observaram ulcerações minúsculas muito superficiais ou áreas isquêmicas que pareciam de origem cicatricial. Nunca observamos ulcerações de grandes dimensões. Um dos doentes apresentava um anel de excrescências polipoides, situado umas três polegadas acima do esfinter interno.

O exame ano-retosigmoide dos pacientes observados no terceiro período do tipo hépato-esplênico ou estágio de cirrose atrofica e esplenomegalia mostrou: “hemorroides internas ou externas, ou ambas, em 3 casos. Congestão da mucosa da ampola retal e sigmoide em 2; ulcerações superficiais pequenas em 1 e áreas isquêmicas de lesões cicatríciais em 2”.

Na Venezuela, J. Valência Parpacen<sup>10</sup>, referindo-se recentemente, em 1939, à reto-sigmoidoscopia na forma intestinal do esquistosomiase mansonii escreveu: “ao praticá-la devemos ter presente que se pôde encontrar lesões não bilharzióticas, quer dizer, pertencentes a outro agente como a ameba disenterica que ulcêra a mucosa dando imagem de perda de substância algumas vezes profunda, outras em superficie, sangrando ao menor contato com o aparelho”. Devemos sempre ter em conta que a associação de amebiase e bilharziose é muito frequente aqui. “As imagens proliferantes, com mucosa espessada, com diminuição relativa da luz intestinal, com pequenos pontos congestionados são mais frequentes que aquelas outras descritas por Ibrahim Pachá no Egipto (tumores, papilomas, etc.). “A terceira etapa intestinal da bilharziose mansonii, etapa papilomatosa, que Girges descreve no Egipto, pôde-se dizer que não foi observada em nossos pacientes”. Para Ibrahim Pachá a bilharziose intestinal tem duas formas: a forma disenterica (poliposa) e a forma não disenterica (sub-mucosa); segundo êle esta última é a mais frequente e a mais difficil de diagnosticar. “Observamos a meúdo formas disentericas sem imagens polipomatosas”. Procurando sempre o apoio da anatomia patológica para a clinica encontramos o que diz Jaffé<sup>13</sup>: “vi aqui as lesões do intestino com menor frequência e nunca de forma tão grave como estão descritas e representadas





*Terapêutica  
Moderna de  
Resultados  
Visíveis*

**HISTIDINASE**

*Tratamento  
Bioquímico das*

**ÚLCERAS GÁSTRICAS DUODENAS**

*— HIPERACIDIDADES —*

**EPIGÁSTRICAS DE ORIGEM  
NÃO ÚLCEROSAS**

MARCA REGISTRADA

*DICERE ET  
NON PROBARE  
NON EST DICERE.*



## Tratamento das úlceras gastro-duodenais pela associação Histidina-Pepsina

● **Observação n.º 1** — A. B. S., brasileiro, solteiro, 21 anos, lavrador.

Ha 2 anos queixa-se de dores no epigastrio.

A principio sofria dores logo após a ingestão de alimentos, acompanhadas de sensação de plenitude gastrica, azia, eructações frequentes. A menor compressão sobre o epigastrio exacerbava a dor. Passou assim cerca de 3 meses.

Não fez restrições alimentares, continuando com a sua alimentação comum, apimentada e pouco variada. Depois desse tempo, a dor precoce foi substituída por uma sensação dolorosa mais aguda e sem localização precisa, com caráter oscilatorio e acompanhada de eructações ácidas. Nesta fase comprime o epigastrio para mitigar as dores. Teve períodos de acalmia seguidos de outros de exacerbção das manifestações gastricas já aludidas. Nestas crises era acometido por constipação intestinal rebelde.

Suspeitamos de processo ulceroso duodenal e praticamos a prova de Katsch para verificação da acidez gastrica e outros dados referentes às afecções desse segmento.

A prova realizada 27-9-39 mostrou hiperacidez e uma curva escalonada típica. Era pois um dado que confirmava o nosso diagnóstico.

O exame radiológico feito alguns dias depois accusava: "estomago apresentando muito espessado e irregular o relevo da mucosa por processo crônico de gastrite. Bulbo duodenal deformado apresentando nicho típico de lesão ulcerosa". — 29-9-39.

Tratava-se pois de um caso típico de ulcus duodenal com processo de gastrite concomitante.

O tratamento indicado foi o seguinte: alcalinos, beladona e injeções de solução de cloridrato de histidina pura. Repouso e alimentação adequada. Injeções de histidina em dias alternados.

As melhoras acusadas pelo paciente foram mínimas. Mesmo após varios dias de tratamento ainda havia dor tardia, eructações, etc. Atingido o 45.º dia de tratamento e persistindo a maioria dos sintomas, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Esta mostrou a persistência da hiperacidez e o escalonamento da curva, não acusando pois melhora alguma.

A radiografia feita no dia seguinte confirmava plenamente o resultado da prova funcional, mostrando: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado, apresentando nicho típico de lesão ulcerosa crônica". — 18-11-39.

Ante o insucesso da terapeutica pela histidina pura, resolvemos tentar o tratamento pela associação histidina-pepsina. Conservamos as mesmas condições anteriores: alcalinos, repouso, etc. Iniciamos uma série de 18 injeções de Histidinase.

Entre a 4.ª e 5.ª injeção, após um fugaz período de exacerbção do processo, notamos sensível melhora no paciente. As dores foram se abrandando à medida que progredia o tratamento, as eructações rarearam, o apetite que diminuira voltou ao normal. Após 30 dias do inicio do novo tratamento, tendo desaparecido todos os sintomas anteriores, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Como era esperado, a acidez gastrica voltou quasi aos limites normaes, evidenciando a notavel ação do medicamento empregado. A prova radiografica confirmou o sucesso da nova terapeutica, pois accusou: "estomago sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado ligeiramente, não apresentando mais o nicho ulceroso visível nos dois exames anteriores".

● **Observação n.º 2** — Senhora I. P., 32 anos, casada, hespanhola.

Ha cerca de 2 anos sente dor na região epigástrica e eructações. A dor aparece logo pela manhã e se exacerba antes das refeições, para desaparecer após a ingestão de alimentos. Os alcalinos ou machá quente conseguem minorar as dores. Durante crises comprime fortemente a região epigástrica. Os sintomas apresentam fases de acalmia. Logo depois de nova crise aparece com toda a pleiade de sintomas referidos. Obstipação intestinal rebelde. Já fez tratamento com preparados á base de histidina para o resultado.

Antes de ser feita a radiografia do estomago praticamos a prova de Katsch. Revelou esta, hiperacidez gastrica (acidez-livre 75.º). A relevografia accusou gastrite do antro e a radiografia do duodeno, pequeno nicho ulceroso da 1.ª porção que se apresentava deformada. De posse dessa documentação iniciamos e tratamos com injeções de Histidinase exclusivamente. Não prescrevemos alcalinos e a alimentação bastante liberal. Depois da 5.ª injeção todos os sintomas desapareceram, a paciente aumentou de peso graças á boa alimentação e o estado geral melhorou muito. Temou 18 ampolas e depois de um intervalo de 10 dias nova série foi iniciada.

Está ha 6 meses em observação e o bom resultado persiste, de nada mais se queixando a paciente. solteiro.

● **Observação n.º 3** — A. R. V., brasileiro, 21 anos.

Antecedentes pessoais e familiares sem importância. De 3 anos para cá tem perturbações digestivas. Sem males começaram por cólicas abdominaes sobre o umbigo sem causa aparente e sem relação com os períodos de digestão. Tinha eructações e tonturas. Os sintomas se agravaram lentamente, sendo que ha 3 meses o apetite diminuiu muito. Eructações frequentes e obstipação intestinal rebelde. Pouco acima da cicatriz umbelical surgiu dor em pontada irradiando-se para o flanco direito. Notou fezes negras. Fase de acalmia de 15 dias e sobreveio nova crise dolorosa. Agora a dor aparecia pela manhã e ia se agravando cada vez mais com paroxismos que se repetiam cada meia hora.

Suspeitando de processo ulceroso praticamos a prova de Katsch e Kalk que revelou hiperacidez com pH grande (200 cc.). Hematias, leucócitos degenerados abundantes e muito muco. A acidez gastrica elevada sima demnstrou logo a presença de um processo gastrico intenso, embora a curva não tenha apresentado uma configuração especial.

O exame radiológico do estomago e duodeno mostrou "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado apresentando um pequeno nicho típico de ulcus crônica com divertículo ulceroso do recesso lateral esquerdo". — 10-8-39.

Estabeleceu-se o tratamento pelos alcalinos, beladona, repouso e injeções de Histidinase. — 18 ampolas.

Alguns dias depois já o paciente accusava nitida melhora.

No dia 18-10 nova radiografia, portanto 68 dias após o inicio do tratamento, revelou: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiológicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado apresentando um grande divertículo pe-ulceroso. Não se vê mais o nicho de ulcera verificado no primeiro exame".

J. PELOSI  
CHIMICO - PHARMACEUTICO

LABORATORIO E ESCRITORIO:  
AVENIDA BRIGADEIRO LUIZ ANTONIO, 76  
S. PAULO

em muitos trabalhos". Continuando diz Valencia Parpacen<sup>10</sup>, "ultimamente em três casos de esquistosomiase mansoni, encontramos um aspecto muito peculiar da mucosa retosigmoidiana, que denominamos mucosa saramposa por se parecer, devido às manchas equimóticas, a pele daquela moléstia eruptiva. Provavelmente é devida, já que a forma intestinal tem sua razão de ser na eliminação de ovos, à presença de reações perivasculares na submucosa, ponto onde eles se localizam. Só em poucos doentes encontramos papilite ligeira da margem do anus. Há casos de esquistosomiase mansoni que eliminam muitos ovos e nos quais a retosigmoidoscopia não encontra lesões". Todos os autores, continua Parpacen<sup>10</sup>, estão de acordo em assegurar que a esquistosomiase mansoni nunca dá lesões comparáveis aos estreitamentos causados pelo vírus poradênico. Segundo Jaffé<sup>13</sup> a esquistosomiase parece não representar nenhum papel na etiologia dos casos por ele estudado em associação com a linfogranulomatose venérea, julgando se tratar de uma concomitância accidental. Alfás, a concomitância da retite estenosante linfogranulomatosa com a esquistosomose retal, já havia sido encontrada e descrita entre nós histopatologicamente, em trabalho recente, por Paulo Q. Tibiriciá<sup>14</sup>. Segundo se desprende de suas considerações é preciso prestar alguma atenção na possível etiologia esquistosomótica das retites estenosantes, embora, em seus casos também o processo reativo contra os ovos e parasitos, fosse de grau ligeiro e pouco expressivo da importância destes elementos no determinismo das lesões encontradas. Bensaude<sup>12</sup> escrevendo sobre a etiologia do estreitamento do reto refere-se à bilharziose e cita uma observação pessoal de um caso de estreitamento a 13 cms.

E' ainda, digno de nota que na Venezuela, Baquero Gonzalez<sup>15</sup>, registrou um caso de papilomas, vulvares e perianais, causados pelo *S. Mansoni*, helminto que foi encontrado nos preparados histológicos dos papilomas.

No Brasil, apesar da grande incidência da parasitose em extensa área de distribuição e embora a esquistosomiase já tenha sido estudada sob vários aspectos anátomo-clínicos por muitos autores, não encontramos um estudo detalhado da retosigmoidoscopia nesta helmintose. Póde-se afirmar mesmo, sem temor de engano só existir na literatura nacional algumas referências ou opiniões pessoais dos especialistas sobre casos pouco numerosos ou indeterminados.

Julgamos por isso de algum interesse chamar a atenção dos nossos protologistas para este assunto. Assim por exemplo, no excelente trabalho do Prof. Armando Sampaio Tavares<sup>16</sup> encontramos a seguinte referência às observações de seu assistente, o protologista baiano, Dr. Lourival Carvalho: "As lesões do reto produzidas pela schistosomose não se apresentam tão típicas como

na disenteria amebiana. Sempre em menor número, as lesões se localizam, principalmente até a altura de 5 cms. do orifício anal. Dai para cima, sempre encontrei a mucosa hiperemiada, porém, sem lesão. Esta, é de forma oval, de bordos descolados, rasos, cobertos de mucosidades, separados por intervalos de mucosa sã. Sangram ao toque. São geralmente em número de 3 a 4. O exame do conteúdo revela sempre ovos do parasito. Em alguns casos é única e se revela por uma fissura no esfínter anal, dolorosa, rebelde ao tratamento tópico. Obstipação as mais das vezes. Em um caso, estenose do reto”.

Na sua última monografia sobre “O Estudo Clínico e Terapêutico da Eschistosomose Intestinal” Heraldo Maciel<sup>17</sup>, apresenta no capítulo em que descreve a “retite” uma observação de um grumete, de 23 anos, natural de Pernambuco no qual “foi constatada uma retite, com ulcerações e pequenos polipos na mucosa retal, que fazia saliência em um pequeno prolápsos”. Vale a pena transcrever na íntegra o comentário que H. Maciel tece ao finalisar o referido capítulo do seu excelente trabalho: “Cumprir registrar aqui um fato que diz bem e muito da eficácia da campanha que temos empreendido no Hospital da Marinha, contra a eschistosomose. Antes de 1923, os casos de retite eschistosomótica eram ali bastante frequentes; casos de prolápsos do reto com ulcerações e fistulização, não eram raros. O Dr. Elpidio de Almeida, que naquele estabelecimento trabalhou, ao escrever sua tese de doutoramento que versou sobre a helmintose, em 1919, acentuava: “Nos doentes de eschistosomose mansônica, que se queixavam de sangue e muco nas dejeções, convém fazer-se o exame do reto, que a meude revelará a presença de lesões ulcerativas e polipos. Foram estas as manifestações bilharzianas mais frequentes que tivemos ocasião de observar no Hospital Central da Marinha”.

“Ora, continúa H. Maciel, a situação mudou positivamente. Logo que começamos a tratar sistematicamente todas as praças que se hospitalizavam parasitadas pelo trematódio em 1923, ainda frequentes eram as que apresentavam lesões retais; hoje, esses casos já são raros e só de longe em longe vemos um, assim mesmo com lesões muito em começo, nunca aqueles prolápsos poliposos e enormes de antigamente”.

Pitanga Santos<sup>18</sup>, conhecido e ilustre protologista patricio, apresentou a Academia Nacional de Medicina, um caso de estreitamento do reto de origem esquistosomótica. O doente apresentava duas reações de Frei negativas, e o exame histopatológico da parede retal, pôs em evidência a presença de ovos de *S. mansoni*.

Ainda este ano no Rio de Janeiro, José Mario Caldas<sup>19-20</sup>, publicou no Brasil Médico, dois trabalhos, o primeiro intitulado “Retosigmoidite schistosomótica” e o segundo “Schistosomose em

protologia". No primeiro trabalho o autor citado, faz notar a ausência de polipos nos dois casos de esquistosomose mansonii por êle examinados endoscopicamente e escreve "temos encontrado uma exulceração composta de pequenas perdas de substâncias que sangram ao toque. Da minha observação pessoal, toda retite schistosomótica aguda, recente, não é muito facilmente distinguida clinicamente das lesões causadas pela entamoeba histolítica". Poucos meses depois voltava a escrever o mesmo autor sobre o assunto por que observara um caso de polipo esquistosomótico num individuo de 29 anos, natural do Estado do Rio, Friburgo e morador na Capital Federal há 12 anos. O diagnóstico protológico fôra de polipo ulcerado, quicá, degenerado, e o resultado do exame histopatológico feito por Pena Azevedo foi de esquistosomose. Bôas e demonstrativas microfotografias ilustram o trabalho do autor, sendo digno de nota o fato de ter o paciente provavelmente se infestado na Barra do Tijuca — na Capital Federal — foco ainda não bem conhecido de helmintíase.

Tambem em 1940, em Recife, José de Moraes (31) teceu considerações protológicas sobre a esquistosomíase a proposito de dois casos: um no qual foi verificada anatomo patologicamente a concomitancia de lesões retaes da linfogranulomatose venerea e da esquistosomose já diagnosticadas clinicamente pela positividade da reação de Frei e pelo exame de fezes positivo para ovos de *S. mansonii*. Nesse caso o exame local havia verificado a existencia de muitos orificios fistulosos em comunicação com a parede retal; a mucosa pelo toque era endurecida, hiperplasiada; a anuscopia encontrou puz e sangue em quantidade tal que só com dificuldade era vista a mucosa cujo aspecto fisico, diz o A. da observação, era caracteristico da retite devida a 4.<sup>a</sup> molestia venerea. O outro caso, numa doente com hemorragias abundantes pelo anus o A. verificou pela exploração digital a existencia de um corpo extranho e pela anuscopia encontrou a mucosa irritada, espessada, alterada em seu aspecto fisico, em parte recoberta de coagulos sanguineos; existiam tambem massas poliposas distantes umas das outras. O exame das fezes foi negativo mas um polipo extirpado e examinado histologicamente revelou se tratar de "polipo do reto com infiltração de ovos de *S. mansonii*".

Examinadas como foram as referências que encontramos sobre o assunto na literatura ao nosso alcance, estamos agora em condições de melhor interpretar o resultado dos nossos casos pessoais.

#### MATERIAL DE ESTUDO

Os doentes que servem de fundamento a êste trabalho, foram observados: três (casos 2, 3, 4) na Clínica Prope-dêutica da Escola Paulista de Medicina, serviços do Prof.

Jairo Ramos, a quem agradecemos a gentileza de os poder incluir no nosso material de estudo. Treze casos (observações n.ºs 15 a 27) foram por nós estudados clinicamente, na Assistência Médico-Cirúrgica da Companhia Mecânica e Importadora de S. Paulo, tendo sido o exame radiológico do grosso intestino, realizado pelo nosso distinto companheiro de Serviço, Dr. J. Maria Cabello Campos, a quem agradecemos pela valiosa colaboração. Os demais casos foram por nós estudados clinicamente na 2.ª M. H., da Santa Casa (Serviço do Prof. Rubião Meira). Os exames retosigmoidoscópicos destes doentes, foram praticados no Ambulatório de Gastro-Enterologia sob a direção do Dr. Levy Sodré, a quem aproveitamos a oportunidade para agradecer e extensivamente a seus colaboradores, o inestimável auxílio prestado o que tornou possível a feita deste nosso trabalho. Os exames radiológicos dos mesmos pacientes foram feitos no Gabinete de Radiologia da Santa Casa — sob a direção do Prof. Rafael de Barros, cuja colaboração e a dos competentes especialistas que com ele trabalham, igualmente permitiu realizar este estudo; e por isso eles se tornaram merecedores dos nossos sinceros agradecimentos.

Todos os nossos doentes eram enviados ao exame protológico ou radiológico, depois de firmado o diagnóstico de esquistosomíase mansoní pela presença dos ovos de *S. mansoní* nas fezes. O método de exame adotado foi o de concentração sedimentação que é o que nos tem fornecido até agora os melhores resultados e foi praticado segundo a técnica descrita no trabalho de Viana Martins<sup>21</sup>. Nos nossos casos a amebíase intestinal foi afastada sempre por cuidadoso exame parasitológico das fezes, e em alguns casos mesmo, pelo exame de material obtido durante o exame reto-sigmoidoscópico. O seu eventual encontro em um ou outro caso será assinalado nas nossas observações. O presente trabalho é baseado no estudo de 36 casos de esquistosomíase mansoní das mais diversas modalidades clínicas (1). Destes pacientes 30 fizeram o exame radiológico do grosso intestino. Dentre eles 19 fizeram também o exame reto-sigmoidoscópicos. (Obs. 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36), enquanto que em 11 casos só o exame radiográfico do grosso intestino foi feito (Obs. 9, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27). O exame reto-sigmoidoscópico foi praticado em 25 casos, sendo que em 6 casos só este foi feito (Obs. 12, 3, 4, 7, 17). Em 7 pacientes (Obs. 6, 12, 13, 21, 32, 34) repetimos o exame reto-sigmoidoscópico após o tratamento específico de parasitose.

(1) Depois de apresentarmos este trabalho já examinamos mais 7 doentes, quer sob o ponto de vista radiológico como retosigmoidoscópico e os resultados dos exames destes esquistosomíoticos em nada alteram as considerações expostas neste estudo. As observações destes 7 casos serão publicados futuramente num estudo de conjunto da molestia de Manson — Pirajá da Silva.

---

---

**FORMINA ASSOCIADA AO CHLORETO DE  
CALCIO E A' GLYCOSE NOS PROCESSOS  
INFECCIOSOS E NO PRÉ-OPERATORIO**

Laboratorio Plasmorgan Ltda.  
Rua Dr. Pinto Ferraz, 710 - S. Paulo



---

**VITACÊ** é uma vitamina C natural asso-  
ciada ao calcio, ao phosphoro e a hormonios



VITACÊ granulado

VITACÊ injectavel

**LABORATORIO PLASMORGAN LTDA.**

RUA DR. PINTO FERRAZ, 710 — SÃO PAULO



# ARSENO-BROMO-TONICAS ZAMBELETTI



## Sedativas - Tonicas - Fortificantes

Desde as primeiras inecções restabelece-se surpreendentemente o perfeito equilibrio neuro-muscular.





## OBSERVAÇÕES

N.º 1 Nome L. A. N. — Idade: 28 anos. — Naturalidade: Baía. — Prof.: Lavrador. — Est. civil: Solteiro.

Duração da doença: — 8 anos.

Refere que há 8,6 e 4 1/2 anos teve surtos diarreicos com catarro, sangue, tenesmo e cólica.

Depois do último surto até agora tem uma ou outra vez, diarreia com catarro, às vezes, com sangue — 1,2 ou 3 dias — o último surto foi há 2 meses e durou 2 dias em que viu catarro e sangue nas fezes.

Principais sintomas do quadro clínico: — Sigmoide doroso a palpação. Fígado palpável 2 dedos. Baço palpável 1 dedo do rebordo.

Exame fezes: — Ovos de S. mansoni.

Diagnóstico: — Esquistosomose mansoni. (Fôrma intestinal e hepato-esplênica).

Retosigmoidoscopia: — Reto congesto, recoberto por pequena quantidade de catarro. Mucosa pouco edemaciada. Hemorroidas internas.

Radiografia do grosso intestino: — Não praticada.

N.º 2 — Nome: J. S. — Idade: 21 anos. — Naturalidade: Sergipe. — Prof.: lavrador.

Duração da doença: — 8 meses.

Principais sintomas do quadro clínico: — Disenteria muco-sanguinolenta. Fígado palpável 1 dedo. Baço palpável, móle, doloroso. Segmentos intestinais dolorosos. (Céco e sigmoide).

Ex. de fezes ovos S. Mansoni. T. trichiura.

Diagnóstico: — Esquistosomose mansoni (Fôrma intestinal e hepato-esplênica).

Retosigmoidoscopia: — Ulcerações múltiplas, irregulares, com bordo despregados e ligeira reação da periferia, atingindo as maiores, 1/2 cm. A medida que nos aproximamos do sigmoide, elas vão diminuindo de extensão, verificamos no desfiladeiro retosigmoide, grandes aglomerados de ulcerações puntiformes. Todas sangram ao mais leve atrito e estão recobertas por um enduto hemato-muco-purulento. Em suma: colite ulcerativa (não há caracteres de especificidade).

Observações: — O doente foi esplenectomizado, sendo verificado por biópsia do fígado no ato operatório, a existência de lesões hepáticas esquistosomóticas.

N.º 3 — Nome: P. P. P. — Idade: 26 anos. — Naturalidade: Paraguarassu. — Prof.: lavrador. — Est. civil: Solteiro.

Duração da doença: — 3 anos.

Principais sintomas do quadro clínico: — Disenteria muco-sanguinolenta. Tenesmo. Cólicas abdominais: Há 3 anos que está assim com pequenas crises de alívio. Peior há 1 ano e de 6 meses para cá diz que o catarro escôa involuntariamente do anus, na quantidade mais ou menos de 2 colheres das de sopa por dia, sendo obrigado a trocar a cuêca cada 2 dias. O catarro é amarelado e fétido. Conta saída retal, que descreve como uma bola que sae para fóra do anus, há 1 ano e 8 meses, depois de evacuar. Há 4 meses saída involuntária. A "bola" é reduzida por manobra feita pelo doente. Fígado palpável no rebordo. Baço não palpável, nem percutível. Céco e cólon transverso dolorosos, sigmoide, indolor.

Ex. de fezes, ovos S. mansoni. Necator americanus.

Diagnóstico: — Esquistosomose mansoni. (Fôrma intestinal e hepato-esplenomegálica).

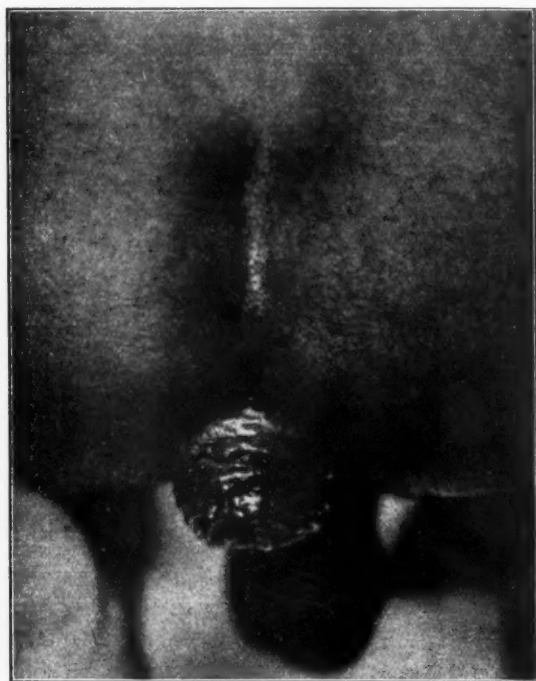


Fig. 2 — Observ. n.º 3. P. P. P. Prolapso do reto. Relatório no texto (foto gentilmente cedida pelo Prof. Jairo Ramos)

*Retosigmoidoscopia:* — Relaxamento completo do anus que se mostra aberto, permitindo a visão das primeiras porções do reto. Este se apresenta com a mucosa edemaciada e hiperemiada, com pequenas erosões, cujos pontos, sangram facilmente. Conclusão retite.

*Radiografia do grosso intestino:* — Não praticada.

*Observações:* — Prolapso do reto (fig. 2). Operação: ressecção do esfíncter interno.

N.º 4 — Nome: J. M. S. — Idade: 36 anos. — Nacionalidade: Brasileiro. — Prof.: operário.

*Duração da doença:* — Muitos meses.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Prisão de ventre alternada com crises diarréicas com catarro. Fezes com cheiro de putrefação. Ardor anal. Hépato-esplenomegália.

*Exame de fezes:* — *S. mansoni*. *E. vermicularis*. *T. trichiura*.

*Diagnóstico:* — *Esquistosomose mansoni*. (Fórma intestinal e hepato-esplênica).

*Retosigmoidoscopia:* — Apenas revela certa friabilidade da superfície da mucosa retosigmoide, que é recoberta por algumas porções de catarro,

*Preços inalterados*

**Vitamina**

**B<sub>1</sub> ETAXINA**

*Novas dosagens:*

**Betaxina:**

**Betaxina forte:**

Caixas de 3 ampolas a 5 mgr.

Caixas de 3 ampolas a 25 mgr.

Caixas de 15 ampolas a 5 mgr.

Caixas de 15 ampolas a 25 mgr.

Caixas de 50 ampolas a 5 mgr.

Caixas de 50 ampolas a 25 mgr.

Tubos de 20 comprimidos a 3 mgr.



# Betaxina

VITAMINA ANTI-NEURÍTICA  
(VITAMINA B<sub>1</sub>)

Tendo em conta as últimas investigações nos domínios da vitaminoterapia chegou-se à conclusão de que os melhores resultados com vitamina B<sub>1</sub> são alcançados com **doses mais elevadas** do que com as empregadas até o presente. Apresentamos, por este motivo, a nossa **Betaxina** em novas concentrações, que proporcionam aos Clínicos, mais rápidos e maiores efeitos terapêuticos. A **Betaxina**, o primeiro produto vitamínico B<sub>1</sub>, cuja síntese química se conseguiu em laboratório, é empregada com grandes resultados nos seguintes casos:

**Neurites da gravidez e do puerpério**  
**Nevralgias ciáticas e do trigêmeo**  
**Neurites alcoólica**  
**Neurites ótica**  
**Polineurites**  
**Herpes zoster**  
**Lepra nervosa**  
**Mielose funicular**  
**Flebalgias**  
**Hipovitaminoses B<sub>1</sub>, em geral**  
**Beri-Beri**

## Novas concentrações:

Betaxina comprimidos de 3 mg.  
Betaxina ampôlas de 5 mg.  
Betaxina forte ampôlas de 25 mg.

---

A Chimica **»Bayer«** Ltda.



---

Cx. postal 560 - Rio de Janeiro

aqui e ali, sem outras lesões. Em suma: há um processo superficial e difuso.

*Radiografia do grosso intestino:* — Não praticada.

*Observações:* — O doente foi esplenectomizado, tendo se verificado pela biópsia hepática a existência de lesões esquistosomóticas do fígado. Foi feito também o diagnóstico de esquistosomose pulmonar em vista de existência de hemoptises que se curaram com tratamento pelo tártaro emético. Exames complementares: negativos para tuberculose.

N.º 5 — Nome: J. E. — Idade: 21 anos. — Naturalidade: Baía (Jurema). — Prof.: lavrador.

*Duração da doença:* — Os sintomas referidos pelo doente datam de 7 meses, mas sua moléstia deve datar de muito mais tempo, segundo o exame físico.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Tumor no hipocôndrio esquerdo (queixa). Epistaxis. Hepatomegalia. Esplenomegalia acentuada. Anemia macrocítica.

*Exame de fezes:* — Ovos *S. mansoni* e *Necator americanus*.

*Diagnóstico:* — *Esquistosomose mansoni* (Fôrma hépato-esplenomegálica).

*Retosigmoidoscopia:* — Edema da mucosa retal.

*Radiografia do grosso intestino:* — Trânsito normal. Insuficiência da válvula íleo-cecal. Recalque do ângulo esplênico. Sinais de colite do descendente e do hemi-transverso esquerdo.

*Observações:* — O doente foi esplenectomizado, falecendo em virtude de hemorragia. A autópsia verificou a existência de adeantada cirrose hepática esquistosomótica.

N.º 6 — Nome: J. J. S. — Idade: 26 anos. — Naturalidade: Baía (Lenções). — Prof.: lavrador.

*Duração da doença:* — Há muitos anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Infamação do baço e fígado há anos. Disenteria muco sanguinolenta. Tenesmo. Cólicas abdominais. Segmentos colicos dolorosos. Hépato-esplenomegália.

*Exame de fezes:* — Ovos de *S. mansoni*. *Necator americanus*. *A. lumbricoides*.

*Esquistosomose mansoni* (Fôrma intestinal e hépato-esplenomegálica com complicação pulmonar). (Vide observações).

*Retosigmoidoscopia:* — 1.º exame (4-9-39) Retosigmoide congesto, sangrando com facilidade, apresentando pequenas ulcerações nos bordos das válvulas. Muco em regular quantidade recobre a mucosa do referido segmento reto cólico.

2.º exame: (após tratamento — 17-11-39) Ligeira hiperemia da ampola retal recoberta por um pouco de catarro e sangrando num ponto localizado. Sigmoide normal. Comparado com o quadro anterior a melhora foi muito grande. Resultado ótimo do tratamento.

*Radiografia do grosso intestino:* — O trânsito retrógrado da mistura opaca processou-se normalmente, apesar da existência de uma alça sigmoide de grandes dimensões, até a região do cólon transverso onde notamos, em sua parte média, uma região de calibre diminuído, contornos irregulares ainda mesmo após evacuação sub-total. O alongamento da alça sigmoide, reduziu-se consideravelmente após a evacuação. O ceco apresenta situação longo iliaca e é radiologicamente normal. Visibilidade do apêndice igualmente normal. Sinais radiológicos de colite do transverso.

*Observações:* — No 1.º exame retosigmoidoscópico foi retirado material para exame que foi negativo, o mesmo sucedendo no dia seguinte.

O exame de fezes pelo método de sedimentação, concentração já havia sido positivo para *S. mansoni*. Durante a evolução do doente na enfermaria apareceram sintomas pulmonares (tosse, expectoração muco-sanguinolenta, maciçes nas bases pulmonares) e o exame de escarro foi positivo para ovos de *Schistosoma mansoni*.

N.º 7 — Nome: L. F. S. — Idade: 35 anos. — Naturalidade: Pernambuco (Aguas Belas) — Prof.: lavrador.

Duração da doença: — 4 anos.

Principais sintomas do quadro clínico: — Períodos de diarreia com muco e sangue alternando-se com prisão de ventre. Segmentos cólicos dolorosos.

Exame de fezes: — Ovos de *S. mansoni*. *A. lumbricoides*. *Necator americanus*.

Diagnóstico: — *Esquistosomose mansoni* (Fórmula intestinal).

Retosigmoidoscopia: — Retite congestiva difusa.

Radiografia do grosso intestino: — Não praticada.

N.º 8 — Nome: J. D. — Idade: 30 anos. — Naturalidade: Baía (Joazeiro) — Prof.: lavrador.

Duração da doença: — Indeterminada.

Principais sintomas do quadro clínico: — Não apresenta queixa atual digestiva.

Exame de fezes: — Ovos *S. mansoni*. *Taenia*. *Necator americanus*.

Diagnóstico: — *Esquistosomose mansoni*. (Fórmula ligeira intestinal).

Retosigmoidoscopia: — Na mucosa retal notam-se pequenas zonas secas, despidas que traumatizadas pelo exame sangram com relativa facilidade.

Radiografia do grosso intestino: — Os diversos segmentos cólicos apresentam-se de situação, forma, contornos, haustração e sensibilidade normais. Insuficiência da válvula ileo-cecal. Apêndice de situação interna em relação ao ceco apresentando aspecto e sensibilidade normais. Não existem sinais radiológicos de colite.

Observações: — O doente procurou o hospital por causa de lesões sífilíticas (Wassermann positivo), do aparelho respiratório. O diagnóstico de esquistosomose mansoni foi feito pela existência da história do contágio provável com esquistosomose e pelo exame de fezes.

N.º 9 — Nome: M. O. A. — Idade: 21 anos. — Naturalidade: Alagôas (Belo Jardim).

Duração da doença: — 5 meses.

Principais sintomas do quadro clínico: — Tosse, hemoptise, febre, emagrecimento. Perturbações dispépticas. Diarreia sem sangue nem pus. Hépato-esplenomegalia.

Ex. de fezes: ovos *S. mansoni*. *Necator americanus*.

Diagnóstico: — *Esquistosomose mansoni* (Fórmula multivisceral hepato-esplênica e pulmonar). (vide observações).

Retosigmoidoscopia: — Não praticada.

Radiografia do grosso intestino: — Passagem da substância opaca se processando normalmente em todos os segmentos do intestino grosso e indolor à palpação. Incontinência da válvula ileo-cecal. Relevos da mucosa de aspecto normal.

*Observações:* — O diagnóstico de esquistosomose mansoni pulmonar, foi feito pela eliminação dos outros diagnósticos (tbc.) e pela cura do paciente pela Fuadina e Antiomaline que fizeram também regredir a hépato esplenomegália e os sintomas digestivos.

N.º 10 — Nome: J. F. L. — Idade: 49 anos. — Naturalidade: Alagôas (Mata Grande). — Prof.: lavrador.

*Duração da doença:* — 6 anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Fraqueza. Neurastenia. Prisão de ventre (2 dias). Catarro nas fezes. Fenômenos dispepticos (empachação, digestão difícil, eructação). Segmentos intestinais dolorosos, ceco, cólon transverso, sigmoide.

*Exames de fezes:* — Ovos *S. mansoni*.

*Diagnóstico:* — Esquistosomose (forma intestinal).

*Retosigmoidoscopia:* — Mucosa retosigmoide ligeiramente congestionada sem qualquer outra lesão.

*Radiografia do grosso intestino:* — Passagem do clister opaco se processando normalmente em todos os segmentos do intestino grosso e indolor a palpação. Aumento do cólon sigmoide sem aumento do calibre, dólico-cólon.

*Observações:* — Radiografia da vesícula biliar e do estômago normais. Entubação duodenal nada de anormal.

N.º 11 — Nome: V. J. S. — Idade: 27 anos. — Naturalidade: Baía (Maracós) — Est. civil: Solteiro.

*Duração da doença:* — 16 anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Disenteria muco-sanguinolenta. Tenesmo. Cólicas abdominais — último surto há 10 dias. Segmentos intestinais palpáveis e indolores. Fígado e baço palpáveis 1 dedo abaixo do rebordo.

*Exame de fezes:* — Ovos *S. mansoni* e *Necator americanus*.

*Diagnóstico:* — Esquistosomose mansoni (Forma intestinal e hépato-esplênica).

*Retosigmoidoscopia:* — Mucosa do retosigmoide brilhante, úmida e ligeiramente hiperemiada.

*Radiografia do grosso intestino:* — Trânsito normal do clister opaco pelos diversos segmentos cólicos que apresentam contornos regulares, situação e dimensões normais. Espasmos frequentes com aspecto de irritação da mucosa de todos os segmentos cólicos e ligeiros das porções terminais.

N.º 12 — Nome: A. M. — Idade: 28 anos. — Naturalidade: Rio Grande do Norte (Nova Cruz) — Est. civil: casado.

*Duração da doença:* — De 15 dias datam os sintomas de sua moléstia atual, mas da anamnese resulta a existência de passado disentérico há 18 anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Dôr abdominal periumbelical, febre. Aumento de volume do ventre. Fezes com catarro sem sangue. Acloridria. Ascite. Circulação tipo cava porta. Depois de esvasiar a ascite: fígado palpável 2 dedos. Baço palpável 1 dedo do rebordo — segmentos intestinais sem particularidades.

*Exame de fezes:* — Ovos *S. mansoni*.

*Diagnóstico:* — Esquistosomose mansoni. Cirrose hepática (fase ascítica).-



*Retosigmoidoscopia:* — 17-11-39. Mucosa reto e sigmoide congesta, edemaciada, brilhante, recoberta em toda sua extensão por regular quantidade de catarro. Não sangrou ao exame. Retosigmoidite.

13-12-39. No fim do tratamento pelo tártaro emético. Mucosa retal intensamente congesta, brilhante, edemaciada e recoberta de catarro. O seu aspecto em nada se modificou com o tratamento.

29-2-40. Retite hipertrófica (o estado da mucosa acha-se em piores condições do que apresentava anteriormente).

*Radiografia do grosso intestino:* — Permeabilidade normal do grosso intestino ao clister de contraste. Céco de situação alta; porção céco-ascendente de calibre reduzido; incontinência da válvula ileo-cecal. O relevo da mucosa nas últimas porções do cólon descendente, ao nível do sigmoide e reto, bem como na porção céco-ascendente se mostra muito irregular, com aumento de suas sinuosidades.

*Observações:* — Pouco antes do 3.º exame retosigmoidoscópico teve uma crise disentérica (fezes muco-sanguinolenta, tenesmo). E' interessante assinalar que o tratamento (tártaro emético) teve um efeito notável sobre o quadro de cirrose — a febre desapareceu, a ascite que antes se renovava após cada paracentese não se renovou mais, desapareceu a circulação colateral e no entanto, as alterações retosigmoide pouco ou nada se beneficiaram; ao contrario, agravavam-se.

N.º 13 — Nome: I. L. S. — Idade: 18 anos. — Naturalidade: Baía (Diamantina). Prof.: lavrador.

*Duração da doença:* — 3 anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Dôr epigástrica e no hipocôndrio esquerdo, sem relação com alimentos. Ruídos intestinais. Evacua diariamente fezes de consistência e aspecto normaes. Baço e fígado com limites normaes ao exame. Segmentos cólicos, palpáveis e indolores.

*Exame de fezes:* — Ovos *S. mansoni*.

*Diagnóstico:* — *Esquistosomose mansoni*. (Fôrma intestinal).

*Retosigmoidoscopia:* — 26-11-39. Mucosa retosigmoide bastante congesta, brilhante e recoberta de secreção em pequena quantidade.

5-1-40. Após 15 injeções de sol. a 1% tártaro emético (10cc.) e negatificação do exame de fezes: Mucosa do reto e sigmoide congesta, brilhante pouco edemaciada e ligeiramente coberta de secreção (o estado retal pouco melhorou).

*Radiografia do grosso intestino:* — 29-X-39. Os diversos segmentos cólicos são permeáveis ao contraste e apresentam situação, fôrmas, dimensões e haustração de aspecto normal. Evacuação parcial de contraste. Aspecto normal do relevo da mucosa nas porções visíveis.

N.º 14 — Nome: P. A. S. — Idade: 35 anos. — Naturalidade: Baía (Caieté). — Prof.: lavrador.

*Duração da doença:* — 10 anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Disenteria muco-sanguinolenta. Evacuações diarréicas, muco-sanguinolenta e tenesmo, alternando-se com fase de prisão de ventre. Baço palpável. Fígado aumentado, palpável 2 dedos. Transverso palpável, com gargarejo.

*Exame de fezes:* — Ovos *S. mansoni*.

*Diagnóstico:* — *Esquistosomose mansoni*. (Fôrma hépato-esplenomegálica).

*Retosigmoidoscopia:* — Retosigmoide normal.

*Radiografia do grosso intestino:* — Contornos, situação, permeabilidade e volume normais de todos os cólons. Aspecto irregular do relevo da mucosa do nível do transversal com aumento sua sinuosidade.

*Observações:* — Este doente apresentava também tosse, expectoração sanguinea e febre e foi feito depois do exame físico o diagnóstico de tuberculose pulmonar cavitária o que foi confirmado radiologicamente e pelo exame de escarro.

N.º 15 — Nome: J. P. S. — Idade: 27 anos. — Naturalidade: Pernambuco (Campo Grande).

*Duração da doença:* — 4 anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Dôr no hipocôndrio esquerdo, onde palpa uma bola. Perturbações dispepticas (pirose, náuseas, plenitude gástrica). Nega passado disentérico e queixas atuais ou remotas intestinais, maximé, retais. Hépato-esplenomegália. Macrocitose.

*Exame de fezes:* — Ovos *S. mansoni*.

*Diagnóstico:* — *Esquistosomose mansoni*. (Fôrma hepato-esplenomegálica).

*Retosigmoidoscopia:* — Não praticada.

*Radiografia do grosso intestino:* — Contornos, volume, situação, mobilidade e permeabilidade normais de todos os cólons. Incontinência da válvula ileo-cecal. Aspecto radiológico normal do relevo da mucosa de todos os segmentos do grosso intestino.

*Observações:* — Exame radiológico da vesícula biliar negativo. Tubagem duodenal normal. Radiografia do estômago e duodeno: sinais radiológicos de úlcera duodenal.

N.º 16 — Nome: B. R. — Idade: 38 anos. — Naturalidade: Baía (Joazeiro).

*Duração da doença:* — 2 anos.

*Principais sintomas do quadro clínico:* — Perturbações dispepticas (peso no estômago, sensação de plenitude gástrica, ruído intestinal, flatulência, cólicas intestinais, secas. Nega passado disentérico. Baço e fígado normais.

*Exame de fezes:* — Ovos *S. mansoni*. *T. trichiura*.

*Diagnóstico:* — *Esquistosomose mansoni*. (Fôrma intestinal).

*Retosigmoidoscopia:* — Não praticada.

*Radiografia do grosso intestino:* — Sigmoide alongado; contornos, permeabilidade, situação normais de todos os cólons. Incontinência da válvula ileo-cecal, passagem de grande quantidade de contraste para as últimas porções do delgado; irregularidade acentuada no relevo da mucosa dos cólons ascendente e transversal; aspecto em fita do cólon com desaparecimento das haustras (cólite); sensibilidade à pressão, sobre todos os segmentos do grosso intestino; apêndice vermicular visível filiforme, longo e de contornos normais (fig. n.ºs 3 e 4).

*Observações:* — Exames radiológicos da vesícula biliar e do estômago negativos. O doente que não obtivera nenhum resultado com o tratamento medicamentoso e dietético das dispepsias, curou-se depois que o exame de fezes foi positivo para ovos de *Schistosoma mansoni*, com 20 cc. de Anthiomaline.

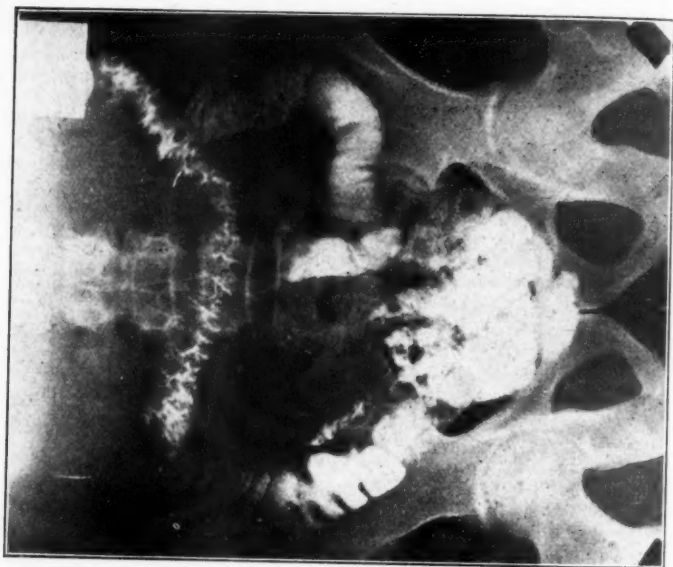


Fig. 4 — Observ. n.º 16 — Relatorio no texto

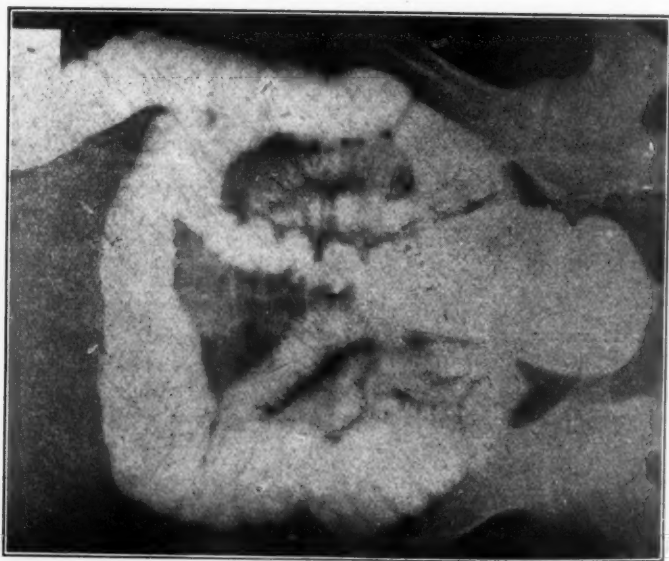


Fig. 3 — Observ. n.º 16 — B. R. Relatorio no texto

N.º 17 — Nome: M. A. — Idade: 36 anos. — Naturalidade: Baía (Jatobi). — Prof.: operário.

Duração da doença: — Há muito tempo.

Principais sintomas do quadro clínico: — Cólicas intestinais, evacuações móles, como mingau, ruídos intestinais, evacuações com catarro e sangue — tenesmo. O catarro por vezes, escorre pelo anus. Segmentos intestinais indolores.

Exame de fezes: — Ovos *S. mansoni*; *Necator americanus*. T. tri-chiura.

Diagnóstico: — *Esquistosomose mansoni*. (Fórma intestinal).

Retosigmoidoscopia: — Retosigmoide intensamente congesto, recoberto com bastante muco. Sangrando com facilidade. Hemorroides internas.

Radiografia do grosso intestino: — Não praticada.

Observações: — Este doente apesar de um longo tratamento não obteve melhora (*Anthiomaline*; *Fuadina*; *Arsemetina*; tratamento dietetico, etc.), resolvendo voltar para a Baía.

N.º 18 — Nome: E. V. L. — Idade: 19 anos. — Naturalidade: Sergipe (Estancia). — Prof.: operário.

Duração da doença: — 7 meses.

Principais sintomas do quadro clínico: — Dôr epigástrica. Eructação. Boca amarga. Flaulência. Pequenas crises diarréicas que atribue a certos alimentos. Tenesmo; urticária. Céco doloroso. Fígado aumentado de volume, doloroso. Baço impalpável.

Exame de fezes: — Ovos *S. mansoni*. *Ascáris lumbricoides*.

Diagnóstico: — *Esquistosomose mansoni*. (Fórma intestinal e hépatomegálica).

Retosigmoidoscopia: — Não praticada.

Radiografia do grosso intestino: — Dilatação moderada de todos os cólons principalmente da porção céco ascendente; contornos, situação, motilidade e sensibilidade normais de todos os cólons; a expulsão de contraste, pela falta de tonus intestinal se processou parcialmente (atonía do grosso intestino). Aspecto normal do relevo da mucosa de todos os cólons (figs. n.ºs 5 e 6).

(Continua)

RECALCIFICAÇÃO  
DO ORGANISMO

# TRICALCINE

TUBERCULOSE  
FRACTURAS, ANEMIA  
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do  
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-Paris  
Unicos distribuidores para todo o Brasil  
SOCIEDADE ENILA LTDA.  
174, Rua General Canabarro — Caixa 484 — Rio

AMAMENTAÇÃO  
CRESCIMENTO  
GRAVIDEZ

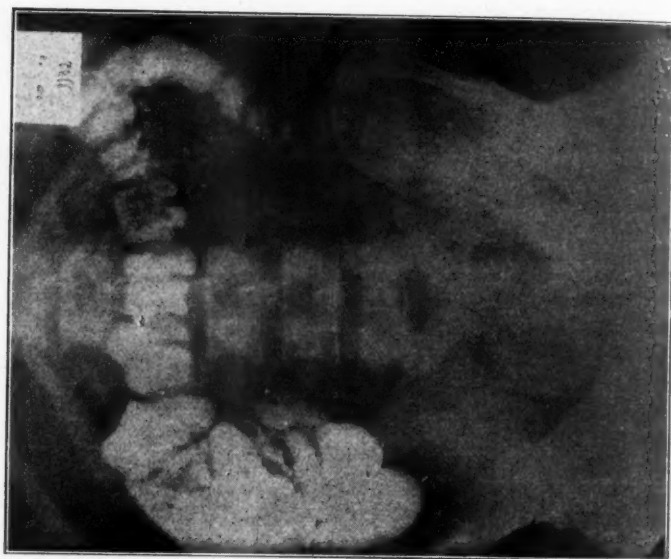


Fig. 5 — Observ. n.º 18 — Relatorio no texto

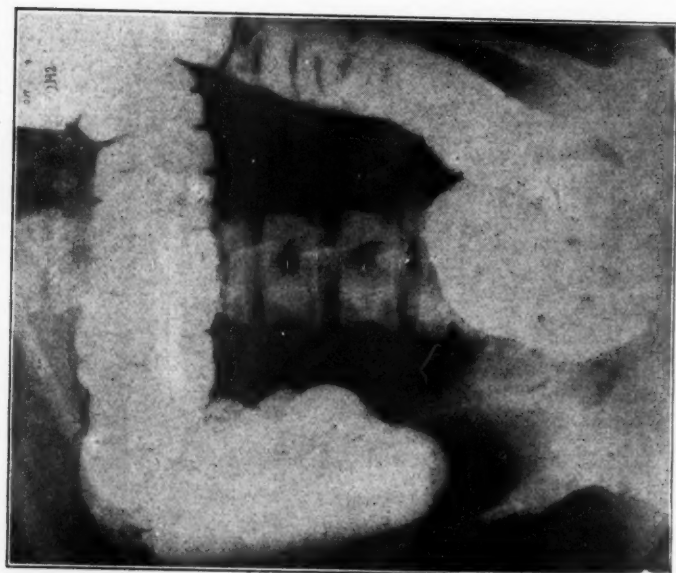


Fig. 5 — Observ. n.º 18 — Relatorio no texto

# SYPHILIS

## Rhodarsan

o arsenobenzol  
da actualidade

O mais moderno,  
mais espirillicida e  
mais toleravel dos  
arsenobenzóes. Satis-  
faz integralmente  
às exigencias de  
"standardização"  
da Comissão de  
Hygiene da Liga  
das Nações.

### DOSES:

|              |             |
|--------------|-------------|
| I-0 gr. 15   | V-0 gr. 75  |
| II-0 gr. 30  | VI-0 gr. 90 |
| III-0 gr. 45 | X-1 gr. 50  |
| IV-0 gr. 60  | XX-3 grs.   |

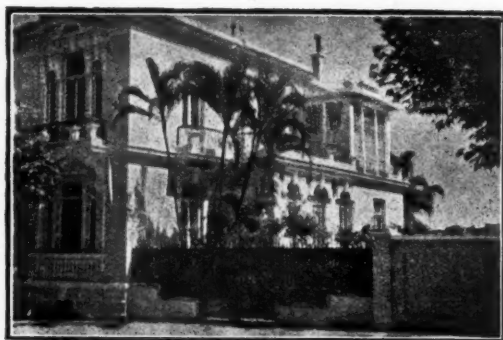
### EMBALLAGENS:

Caixa de 1 e 10 ampolas de cada dose  
Caixa-série clinica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70),  
para um tratamento completo.  
Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI.

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** CAIXA POSTAL, 2918 • S. PAULO

# SANATORIO SÃO LUCAS

CIRURGIA. GYNECOLOGIA. OBSTETRICIA



**Directores:**

**DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

**e**

**DR. JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO**

★

**RUA PIRAPITINGUY, 114**

**Telephone, 7-4020**

**SÃO PAULO**





## PRODUCCÃO MEDICA PAULISTA\*

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 3 DE MARÇO

Presidente : DR. RAUL VIEIRA DE CARVALHO

**Considerações sobre 2 casos de perfuração intestinal** — Dr.

JOSÉ SOARES HUNGRIA — O A. apresentou dois casos de perfuração intestinal, operados com urgência. O primeiro se refere a um doente que deu entrada no Hospital do Isolamento, depois de 25 dias de molestia e que lá se tratou até obter alta, curado, apenas com a recommendação de observar a dieta em casa. O doente já havia recommçado sua vida habitual de trabalho, quando após 26 dias sem febre, portanto, parecendo perfeitamente são, sentiu dor no ventre, fortes pontadas e vontade de evacuar de instante em instante.

Foi chamado um pharmaceutico, que considerou a "molestia" como uma simples indigestão e para tal indicou um purgativo. Mal o doente acabou de ingerir-o, sobrevieram vomitos. Foi repetida nova dose de purgativo, com igual consequencia.

No dia seguinte o doente deu entrada no Hospital Municipal, pois haviam passado 24 horas do accidente. Depois de nosso exame,

pensamos em perfuração intestinal. A intervenção cirurgica foi feita sob anesthesia local, depois o habitual pré-operatório. Encontramos uma perfuração do intestino delgado e uma inundação na cavidade, com zonas de fibrinas nas paredes intestinaes.

Fizemos uma "toilette rigorosa". Drenamos a cavidade. A sequencia operatoria foi trabalhosa, até que, 27 dias após a intervenção, surgiu uma complicação na zona operatoria. O quadro termo-esphigmographico se alterou, alguns dias, rompeu-se um abcesso, estabeleceu-se uma fistula estercoral, que, após quasi 6 mezes de tratamento continuo cicatrisou-se completamente, como se poderia verificar com a presença do doente a comunicação, e a radiographia.

2.º caso — "Apenas havia passado uma semana da operação do caso anterior, surgiu um segundo doente, do qual fizemos analogo diagnostico, apesar do grande traumatismo por elle soffrido. Recebemos-o na Enfermaria da Santa Casa, em estado desesperador, tan-

(\*) As noticias referentes á Sociedade Medica São Lucas são publicadas no Boletim do Sanatorio São Lucas, que é distribuido com o presente numero.

Nas convalescenças :

**SERUM NEURO-TRÓFICO**

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

**INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 146 - RIO DE JANEIRO



to que o medico legista acompanhou-o até o serviço. Estava com o pulso filiforme, suores e dores violentas. O exame mostrou na região pubiana uma elevação que se estendia para a zona inguinal direita, sem lesão da pelle, verdadeiro tumor do tamanho de um côco da Bahia. Proseguindo em nosso exame, fizemos uma sondagem da bexiga, retirando 200cc. de urina hemática. A palpação denotava um ventre em taboa. A radiographia mostrou fractura da bacia e afastamento dos ramos pubianos. O nosso primeiro exame fez pensar em ruptura intestinal (ventre em taboa, suores, pulso filiforme), porém, a tumoração supra-pubiana, a radiographia, mostrando o afastamento symphysario e a fractura iliaca, a sondagem da bexiga, falavam a favor de ruptura deste orgão. Operação. Anesthesia local supra-pubica. Incisão da pelle. Encontramos sufusão sanguínea no espaço de Retzius, estendendo-se além do umbigo e a esperada ruptura da bexiga não existia, como verificamos no acto cirurgico e pela lavagem da bexiga, que foi toda descollada, podendo ser enchida e esvasiada á vontade. Não satisfeitos continuamos a intervenção. O nosso primeiro exame (ventre em taboa, suores, pulso filiforme) levou-nos ao primeiro diagnostico. A laparotomia estabeleceu a existencia de ruptura intestinal, completa do intestino delgado, interessando o mesenterio, encontrando detritos alimentares do jantar anterior com vagens de mais de 3 cms. de comprimento. Reconstrução do intestino e do mesenterio. Continuando encontramos mais 8 rupturas interessando somente a serosa e a musculosa tendo sido todas suturadas. "Toilette" rigorosa da cavidade fechamento sem drenagem. Sequencia operatoria accidentada como attesta a observação do quadro termo-esphygmographico. Depois de 32 dias da intervenção surgiu uma séria complicação, vomitos, suores, abaulamento e tympanismo do ventre, desenhando na pelle as alças intestinaes.

60)

Indicamos a ileostomia. E' praticada com exito. O doente reagiu. Estabeleceu-se uma fistula que, depois de mezes de tratamento, dia a dia melhora e esperamos vel-a cicatrizada sem nova intervenção. Como explicar o sangue no dia do traumatismo, na bexiga? Os raios X explicaram: uma metrographia, mostra o estreitamento da uretra posterior, pela ruptura da mucosa, como se verifica no filme, e a hemorragia se processou na uretra ascendente para a bexiga, como é natural, pela disposição anatomica. A fractura consecutiva da bacia se consolidou com a applicação da goteira de Brown e distensão de ambos os membros inferiores".

**Considerações sobre o tratamento cirurgico dos abcessos hepaticos** — Dr. N. FRANÇA TRENCH — O A. fez considerações sobre a evolução do tratamento dos abcessos tropicaes do figado, comparando as estatisticas dos processos conservadores e cirurgicos. Referiu-se á restricção actual deste ultimo recurso, só indicando nas formas super infectadas, nas formas chronicas, nos abcessos muito volumosos e naquelles em que o tratamento conservador mallogrou. Fez considerações sobre o papel da peri-hepatite adhesiva como elemento de protecção á inoculação da cavidade peritonial, no curso da intervenção. Lembrou elementos para o diagnostico fornecidos pelo exame radiographico e substituidos pela elevação da cupula diaphragmatica, deformação e mobilisação desta. Referiu-se ainda á prova aero-lipiodada que tem realisado com vantagem. Teceu rapidas considerações sobre o pneumo-peritonio, dos casos de accidentes, um por collapsus e outro por peri-hepatite supurada. Descreveu em seguida o methodo fechado que têm empregado para drenagens dessas collecções, exhibindo o aparelhamento. Apontou suas vantagens que consistem, principalmente, na drenagem consolida e lenta, na prophylaxia da infecção secundaria da cavidade residual e na melhoria das condições hygienicas da hepatomia.

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAES E INFECCIOSAS  
EM 4 DE SETEMBRO

Presidente : DR. JOÃO ALVES MEIRA

**Sobre um novo anophelino de S. Paulo, Anopheles (Anopheles) pseudotibiamaculatus, n. sp.** (Dipt. Culicidae). — DRS. A. L. DE AYROSA GALVÃO e M. PEIREIRA BARRETO. — Os AA. descrevem um novo anophelino do grupo Anopheles, capturado dentro da mata, em Casa Grande, na Serra do Mar. A nova especie, a que denominaram Anopheles (Anopheles) pseudotibiamaculatus n. sp., apresenta de caracteristico as patas, que são inteiramente negras excepto as tibias posteriores que têm um grande anel branco apical como em A. (A) eiseni e A. (N) gilesi, mas a aza differe da destas duas especies, pois apresenta numerosas manchas branco-amareladas, de escamas lanceoladas que podem ser assim descriptas : costa com 5 manchas, sendo a B. 1 e B. 2 muito grandes; B3 ausente; M. 1 e M. 2 fundidas numa só mancha grande; Sc. grande e Ap. pequena. Todas estas manchas atingem a Subcosta, a Radial primitiva e a R. 1. A Ap. se continua com a R. 1 e R. 2. As veias R. 3, R. 4 — 5, M. 1 M. 2 Cu. 1, Cu. 2 com sua haste e a anal apresentam numerosas pequenas manchas branco-amareladas, dando o conjunto o aspecto da aza de uma especie do grupo Arribalzaga. Abdomen com tegumento negro com pêlos escuros, sem escamas dorsaes, ou ventraes, nem tufo postero-lateraes. A nova especie differe da especie descripta por Neiva como A. tibiamaculatus, porque esta apresenta as veias posteriores a R. 3 com uma mancha branco-amarelada cada uma.

**Notas sobre anophelinos do Valle do Parahyba. IV — Sobre o cyclo evolutivo do A. (N)**

**albitarsis Arribalzaga, 1878, no Valle do Parahyba** — DR. O. UNTI — O A. descreve o cyclo evolutivo do A. (N) albitarsis, formas typicas e atypicas ou complexo albitarsis, encontrado no Valle do Rio Parahyba (Guaratinguetá — Est. de S. Paulo, Brasil).

A evolução desse anofelino foi observada, tanto em culturas mantidas em laboratorio como em focos naturaes.

Relata as condições hydro-chimicas do meio empregado para cultivo, dosando o chloro dos chloretos, pH, nitrogenio ammoniacal e cor agua, durante todo o tempo que decorreu das sementeiras dos ovos ao adulto. No verão, em temperaturas do laboratorio, entre 27°C e 30.° C., a evolução, de ovo a adulto, é de 19 dias no minimo e 29 no maximo, sendo muito frequentes os cyclos dentro dos periodos de 19 a 22 dias. No inverno, em temperaturas do Laboratorio, minima oscilando entre 16.°C a 19.°C e maxima de 20.° C e 24.° C, o cyclo vae de 32 a 35 dias e de 35 a 37 dias em focos naturaes onde a temperatura minima oscilou geralmente, entre 6.° C a 12.° C e a maxima 25.° C. - 28.° C. Não encontrou alterações chimicas sensiveis tanto nas aguas que serviram para obtenção de gerações de laboratorio como em foco naturaes. Apenas o PH alterou-se para a alcalinidade (7.0 a 7.6) nos focos mantidos em laboratorio, enquanto que, nos criadouros naturaes, se conservou estavel, dentro da taxa 7.0. Gerações foram observadas tanto em aguas nitrogenadas como desnitrigenadas. O N (em NH<sup>3</sup>) maximo assignalado foi de 12,5 miligrammas por mil e o minimo de 0,08. O chloro dos chloretos conservou-se dentro dos limites de 0,0031% a 0,0895%.

Com o fito de avaliar com maior precisão as modificações hydro-chimicas aos varios meios que serviram para a obtenção das gerações dos anofelinos em apreço, o A. dividiu a amostra empregada, em duas, servindo-se duma delias para semear os ovos e a outra conservou-a como prova testemunha.

Finaliza o trabalho, commentando as variações que albitarsis pode apresentar e suggere a existencia de varias raças distinctas desta especie. Quadros-resumo das observações do cyclo e modificações hydro-chimicas acompanham o presente trabalho.

**Notas sobre anophelinos do Valle do Parahyba. VI — Descrição de uma nova variedade e respectivo cyclo evolutivo A. (N.) oswaldoi var. ayrozai n. var.** — DR. O. UNTI — O A. descreve nova variedade do A. (N.) oswaldoi, de Guaratinguetá, S. Paulo, Brasil, á qual chama A. (N.) oswaldoi var. ayrozai, em homenagem ao dr. A. L. Ayroza Galvão. A variedade em apreço differe das demais variedades do complexo oswaldoi, tanto pela morphologia dos ovos como pela marcação da area negra do segundo articulo tarsal posterior. Os ovos apresentam-se com o aspecto geral do oswaldoi oswaldoi e oswaldoi noroestensis, possuido um rebordo grande, longo, medindo no maximo 136 micra de comprimento e minimo de 113,5 e 67,1 micra para 90,8 de maior largura. O comprimento total do ovo é de 481 micra com minimo de 408 por 249,4 micra de maior largura e de 182 para o de menor. Os adultos apresentam mancha negra do segundo articulo tarsal posterior com 20 a 30% do comprimento total do articulo, podendo, em casos extremos, attingir 37%. Em seguida o A. passa a descrever o cyclo evolutivo da variedade ayrozai obtido em laboratorio durante o verão e inverno. No verão, em temperaturas entre 27.º C a 30.º C., a evolução do ovo a adulto, é de 22 dias no minimo e 33 dias é ½ no maximo. No inverno, em

temperaturas minimas oscilando entre 16.º C a 19.º C. e maxima entre 20.º C a 24.º C., o cyclo é de 42 a 26 dias. O A. estuda as condições hydro-chimicas dos meios empregados para o cultivo, dosando o chloro dos chloretos, pH, nitrogenio ammoniacal e cor dagua, antes durante e no final da evolução. Afim de melhor se aquilatar sobre as modificações hydro-chimicas do meio, o A. teve o cuidado de dividir a amostra dagua empregada em duas, servindo-se duma delias para a obtenção das gerações e outra como testemunho. Quadros eschematizando todas as observações acompanham o presente trabalho bem como um desenho eschematico do ovo da variedade ayrozai.

**Commentarios :** Dr. Ayrosa Galvão : Faz algumas referencias ás dimensões do ovo, da especie em apreço.

**Notas sobre anophelinos do Valle do Parahyba — VII — Sobre as possiveis alterações quetotacicas da larva do A. (N.) pessoai Galvão & Lane 1937 e presença do A. (N.) triannulatus no Valle do Parahyba** — DR. O. UNTI — O A. relata frequentes variações observadas nas clipeas posteriores em larvas de pessoai e algumas variações nos caracteres morphologicos dos adultos desta especie.

O caracter das clipeas posteriores longas e simples, consignado para se determinarem as larvas de pessoai e differençal-as de strodei strodei, strodei ramosi e triannulatus deve ser tomado com muita reserva. O A., examinando numerosas larvas da especie em apreço, notou que mui frequentemente as clipeas posteriores se apresentam ora simples, ora ramificadas. Formas de transição tambem foram observadas nesse par de cerdas, encontrando-se constantemente larvas com uma cerda simples e outra ramificada. Em adultos examinados, tanto obtidos de larvas typicas, como atypicas, a marcação da area negra do segundo articulo tarsal posterior é de 25% a 30% e as man-

# Genalcaloides

POLONOVSKI E NITZBERG

Ampolas.  
Gotas.  
Granulos.

NOVOS ALCALOIDES  
NÃO TOXICOS

NA PRÁTICA  
QUOTIDIANA

**GENATROPINE**

**GENESERINE**

**GENOSCOPOLAMINE**

**GENHYOSCYAMINE**

**GENOSTRYCHNINE**

**GENOSTHENIQUE**

*Cacodylate de Genostrychnine  
e de Geneserine*

■ HYPERACIDEZ  
DORES ABDOMINAES

■ HYPOACIDEZ  
SYNDROMA SOLAR

■ PARKINSONISMO  
ASTHENIA CIRURGICA

■ TREMORES DIVERSOS  
SEQUELAS DE ENCEPHALITES

■ NEURASTHENIA  
PARALYSIAS

■ ASTHENIA  
DEPRESSÃO

Os Drs. Max e Miguel Polonovski designaram com o nome de "Genalcaloides" (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) uma serie de compostos alcaloides de função aminoxida nos quaes se reconheceram propriedades identicas ás do alcaloide fundamental de que derivam, porém, com a differença essencial de que são mui fracamente toxicos comparados com o alcaloide.

**AMIDAL**  
(Fermentos lacticos)  
ENTERITES  
DIARRHEAS

**Laboratorio AMIDO**  
A. BEAUGONIN, Pharmaceutico  
4, Place des Vosges, - PARIS

**BACKERINE**  
(Fermentos Seleccionados)  
TUMORES  
CANCER

Agentes Geraes para todo o Brasil  
**SOCIEDADE ENILA LTDA.**  
174, Rua General Camara - Caixa 484 - Rio -

TRATAMENTO ESPECIFICO  
CONTRA AS DYSENTERIAS

# CAROBINASE

DYSENTERIAS AGUDAS OU CHRONICAS  
PRODUZIDAS POR AMÉBAS, GIARDIAS E  
OUTROS PROTOZOARIOS INTESTINAES

INFECÇÕES, FERMENTAÇÕES E  
INTOXICAÇÕES INTESTINAES

COLITES, ENTERITES E  
DIARRHÉAS EM GERAL

EFFEITO RAPIDO NAS COLICAS E PUXOS  
NENHUMA TOXIDEX

INSTITUTO CHIMICO PAULISTA LTDA.

Rua João Adolpho, 4-A — Caixa Postal, 2575 — S. Paulo

**Phosphoro colloidal**

**Calcio colloidal**

**Vitamina A**

**Vitamina D**

# FOSFANIL

CARENCIA DE VITAMINAS A e D  
Rachitismo - Osteomalacia - Osteoporose  
Reconstituinte geral

Fixador do calcio

INJECTAVEL 10 AMPOLAS DE 2 cc  
GOTTAS FRASCOS DE 10 cc

*Laboratorio*



*Orthobios*

RUA ANTONIA DE QUEIROZ 549 — TELEPHONE, 4-8050 — SAO PAULO BRASIL

e as manchas da costa da aza apresentam variações sensíveis. Em vista do pequeno numero de exemplares adultos examinados, o A. não pode dizer se está em face de variações ou de outras formas do anofelino em questão. Em seguida relata o encontro do A. triannulatus no Valle do Parahyba (Guatatinguetá) Est. S. Paulo, Brasil, especie esta até então desconhecida na região.

Em seguida o A. dá uma tabella onde mostra as variações do Anopheles pessoal no Valle do Parahyba, sendo que em todos os exemplares examinados notou a constancia das escamas brancas no ultimo segmento abdominal e presença dos tufos abdominaes.

*Commentarios* : Dr. Ayroza Galvão : Faz elogios aos trabalhos do A., inquirindo se havia alguma modificação na fauna naquellas culturas em que o pH se elevava.

Dr. Ovidio Unti : Respondendo, diz que a evolução observada era da mesma maneira, quer se elevasse, o pH quer não.

Dr. Mauro Barreto : Pergunta qual é o pH normal dessa variedade, nos criadouros naturais.

Dr. Ayroza Galvão : Pergunta se o A. tem capturado essas especies e as outras, dentro de casa.

Dr. Gastão Rosenfeld : Faz variadas considerações sobre o pH do meio.

Dr. Ovidio Unti : Respondendo aos multiplos comentarios, faz mais algumas novas considerações sobre as novas variedades, bem como sobre o pH do meio em que se desenvolvem as larvas.

*Sobre uma nova variedade do A. (N), oswaldoi (Peryassú, 1922)* — Dr. A. DA SILVA RAMOS — O trabalho foi lido pelo dr. O. Unti. Trata-se da descripção de uma variedade de oswaldoi do nosso littoral Guarujá.

*Inquerito entomologico sobre a molestia de Carlos Chagas no Valle do Rio Parahytinga* (Nota preliminar) — Drs. O. UNTI e H. MARTINS — Os AA. realizaram durante o mez de agosto de

1940 um inquerito sobre a existencia da molestia de Carlos Chagas nas cidades e respectivos bairros de : Cunha, Lagoinha, S. Luiz do Parahytinga, Redempção, Jambeiro e Parahybuna e villas de Registro e Piedade — todas na região assim denominada Valle do Parahytinga.

Para tal fim, pesquisaram directamente a existencia de triatomídeos nas habitações mais velhas e casas de pau a pique indagando dos moradores, sobre a existencia dos mesmos e signaes clinicos da molestia (particularmente o signal de Romanía). Com resultado negativo. Examinam a bibliographia sobre a existencia de triatomídeos no Estado de S. Paulo e observam que os dados presentemente obtidos "in-loco" confirmam os inqueritos realizados por correspondencia de Carini e Maciel em 1914 e Gomes em 1916.

*Observações sobre o A. (N) darlingi Root, 1926, no Estado de S. Paulo* — Dr. RENATO R. CORREA — O A. chegou ás seguintes conclusões a respeito do A. darlingi : a) O darlingi, no bairro da Ponte Grande, em Porto Feliz, E. F. S., E. S. Paulo, se mostrou um mosquito de habitos eminentemente domiciliarios, tendo a dissecação accusado um indice oocistico de 8,1% para a especie, o que demonstra ser esse anofelino o principal valor autotone da malaria, no local. b) baseado nas varias pesquisas levadas a effeito até o presente, conclue o A. que, dentro do E. de S. Paulo, o darlingi tem os seus criadouros normaes nas grandes collecções d'agua, mormente no que diz respeito á zona compreendida pelo planalto. c) O aguapé, Eichhornia crassipes Solms planta natante da fam. das Pontederaceas, provoca o represamento das aguas, nas margens do Rio Tieté, condicionando habitat favoravel do A. darlingi e outros anophelinos do grupo Nyssorhynchus. Dahi julgar o A. de alto valor prophylactico a retirada e destruição dessa planta nas zonas malarigenas atravessadas pelo rio. d) Uma unica vez foi o darlingi



assignalado no littoral paulista. Contudo, um estudo mais acurado na fauna anophelica local se impõe, pois o facto em si assume real importancia, no tocante á distribuição geographica e ecologia do mosquito. e) No altiplano paulista, constatou o A. um facto, que reputa preponderante na sustentação da endemia paludica na região, facto este que consiste nos habitos intra-domiciliares diurnos

de darlingi; taes anophelinos effectuam seu repasto sanguineo, dentro das casas, em pleno dia. f) Dadae as diferenças morphologicas, encontradas nos caracteres anatomicos dos adultos, em alguns caracteres embrionarios (ovos) julga o A. estar lidando, em Porto Feliz, com o A. darlingi var. paulistensis e não com o A. darlingi typico, descripto por F. M. Root, em 1926.

## SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE OUTUBRO

Presidente: DR. OSWALDO LANGE

**Neuroses pre-eschizophrenicas. Considerações em torno de dois casos** — DR. DARCY DE MENDONÇA UCHÔA — O A. após considerações sobre a mudança de orientação nas modernas pesquisas psychiatricas em que ha tendencias a se abandonar o campo puramente descriptivo, sobretudo a accettazione de unidades nosologicas systematizadas, perfeitamente delimitada com uniformidade de curso e terminação, aproxima-se do estudo das relações da neurose com a psychose. Apresentou duas observações de pacientes que, após apresentar, o primeiro durante dois annos, o segundo durante cinco, quadros psychastenicos mais ou menos typicos, immerge numa psychose grave "eschizophrenia processual" a evoluir por "brotos", o primeiro entrando por duas vezes em remissão com o tratamento de Sakel, o segundo aggravando-se até, após 40 comas insulínicos.

Discutiu o problema dessas neuroses preeschizophrenicas sob o ponto de vista dos factores dynamicos, responsaveis pela permanencia da neurose como tal, susceptivel ou não de cura, como nos casos apresentados, ou evoluir para uma psychose de tipo eschizophrenico. Frizou a questão importantissima do diagnostico differencial entre a psychasthenia e as eschizophrenias somente possivel nos casos limitrophes, si se levar em consideração factores da personalidade pré morbida taes o biotypico, a eschizoidia, o tipo

predominante na curva da vida da reacção da personalidade, os mecanismos psychologicos de defesa do Ego — nos casos a projecção ideo-affectiva em vez da repressão — a presença ou não do narcisismo, conceito este que domina a theoria psychanalytica das eschizophrenias e que se traduz durante o tratamento psychanalytico pelas grandes difficuldades do "transfert affectiv" para o medico. Opina sobre a inutilidade de distincções rígidas entre as neuroses e as eschizophrenias, de vez que, como essas observações mostraram, houve uma passagem gradativa de um estado ao outro. A analyse mental pode revelar na psychose as tendencias dynamicas, os factores instinctivos os conflictos intrapsychicos que impelliram os pacientes de um desajustamento caracterologico para a neurose e em seguida para a psychose. Termina, mostrando ser a neurose uma importante via de entrada nas eschizophrenias e que em casos de diagnostico difficil, todos os factores assignalados no presente trabalho devem ser levados em consideração para serem formuladas melhores indicações therapeuticas e mais acertados criterios prognosticos.

**Commentarios:** Dr. Edgard Pin-Cezar: Depois de enaltecer com palavras elogiosas o trabalho do A. faz resaltar o seu maior merito, o de focalizar uma questão por demais difficil, como o é a do diagnostico differencial entre neu-

roses e psychoses. Por vezes isto se torna na pratica quasi impossivel, pois se apresentam como reacções individuaes sem chegar a tomar o character de uma entidade clinica, e nesse caso temos que ficar no capitulo dos syndromes. Tal ponto de vista, mais delicado se torna ainda nos casos apresentados, pois, a não ser a phase adiantada da molestia, na qual já existem propriamente lesões organicas, não se pode encarar com absolutismo o diagnostico differencial em questão, dado que não existe "eschizophrenia" "psychasthenia", mas reacções eschizophrenicas, reacções psychasthenicas. Todos os AA. que teem estudado o assumpto até hoje chegam invariavelmente ao conceito de "eschizophrenias", catalogando ali todas as manifestações eschizophrenicas, desde as mais leves, psychogenas, até as mais profundas que traduzem phenomenologia organica, lesional.

Dr. Mario Yahn: Declarando de inicio "não poder resistir a atracção do assumpto, pois que a eschizophrenia nestes ultimos tempos tem constituido o nó principal de todas as questões psychiatricas", deseja fazer um commettario que seja mais uma contribuição ao thema ora discutido. Disse que a idéa de "processo" em pathologia mental vem cada dia mais tomando corpo e constitue uma separação cabal entre muitos pontos até então debatidos. O "processo" em psiquiatria clinica, principalmente, indica que o paciente apresenta algo de novo estranho á sua propria personalidade, algo de incomprehensivel, se tentarmos relacionar a estrutura psychologica do paciente, com seus antecedentes, contrapondo-se a ella, a idea de "Reacções" mostra muito bem o opposto, manifestações proprias da personalidade do doente, coherentes com ella. Casos ha de differenciação facil, como muitos de "eschizophrenia processual", que evidenciam uma serie de aspectos pelas quaes qualquer psiquiatra logo a reconhecerá: outros porém, são frustos, muitas vezes mixtos

de "processual" e "reactivo", cuja differenciação é por demais difficil. Outra noção muito importante, aliás contida implicitamente no trabalho ora apresentado é a do modo de se encarar um doente de psiquiatria, encaral-o como um todo, uma continuidade em suas diversas modalidades symptomaticas, sem se deter nos compartimentos, estanques da psiquiatria classica. E' uma noção na pratica, imprescindivel e que favorece a acção therapeutica do psiquiatra. O diagnostico syndromico aqui traria certas difficuldades, pois um mesmo paciente apresenta em epocas diversas syndromes variados. Cita por exemplo, o caso recentemente publicado pelos drs. H. Marques Carvalho e P. Lentino, cujo "processo" eschizophrenico regrediu com a therapeutica de Sakel, e que a restante symptomatologia "reactiva" da personalidade, foi dominada com a therapeutica psychanalytica.

A impressão propria dos dois casos apresentados é que se trata de neuroses, de manifestações tão profundas, incomprehensíveis que levaram a se pensar em eschizophrenia.

Dr. Ribeiro do Valle: Referiu-se aos psiquiatras da psychologia classica, resaltando o valor de sua obra, a qual não pode ser esquecida agora que encaramos as cousas com conceitos modernos. Apezar disso, os diagnosticos ainda hoje não podem ser precisos, observando, porem, que a therapeutica, como mostrou o A., pôde, em muito auxiliar essa taréfa.

Dr. Francisco Tancredi: Elogiou o A. salientando o seu grande merito de não ser um apaixonado de determinadas escolas, mas sim que encara os seus casos pelo conceito o mais electivo. Sendo psychanalista, conhece profundamente e applica quando conveniente a psiquiatria classica e vice-versa: utiliza-se com precisão daquillo que tem sido, por muitos, infelizmente, relegado para 2.º plano — o componente psychanalytico das psychoses. A respeito dos casos apresentados, sua impressão é que se trata de reacções neuro-

ticas da propria personalidade. Referindo-se á affirmação do dr. Yahn interpretando um caso com dupla symptomatologia, eschizophrenica e neurotica — tratadas com cardiazol e psychanalyse, discorda em parte.

Dr. Darcy M. Uchôa : Agradeceu os commentarios que reputa elogiosos. Quanto ao dr. Edgard Pinto Cesar, disse que em seu trabalho procuro apenas mostrar o aspecto pratico de uma questão psychiatrica — o modo de inicio de certas psychoses e em absoluto não quiz penetrar nessa outra questão, tão debatida, do conceito da eschizophrenia. Entretanto, é de opinião que exista "eschizophrenia processual" como querem Mauz e muitos outros, o que também está implicitamente distincto na escola dualista de Claude. Nesse ponto de vista discorda das idéas do dr. Edgard Pinto Cesar as quaes, entretanto, acata. A ques-

tão do diagnostico differencial entre eschizophrenia e neuroses é de maxima importancia na pratica diaria, principalmente sob o ponto de vista therapeutico, pois a primeira nos leva a fazer as therapeuticas de Sakel e Meduna, emquanto que nas ultimas ha possibilidade do tratamento psychanalytico. Se durante este, o neurotico apresenta symptommas que deixem entrever a psychose — eschizophrenica — se installando immediatamente tal therapeutica deve ser abandonada e os tratamentos pharmacologicos modernos são indicados. E isto resolve um grande problema da responsabilidade do medico perante a familia. Nesse ponto de vista pede a palavra novamente o dr. Edgard Pinto Cesar que voltou a defender o diagnostico de syndromes, separadamente ao de entidades clinicas, estabelecendo-se entre ambos cordial polemica.

#### SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 19 DE OUTUBRO

Presidente : DR. OSWALDO LANGE

##### *Considerações em torno do movimento do Hospital do Juquery do anno de 1939* — DR. EDGARD PINTO CEZAR

— O A. apresentou um estudo do movimento do Hospital Central do Juquery, durante o anno de 1939, acompanhado de graphicos em diapositivos, consubstanciando apreciações e estatísticas. Deteve-se na apreciação do movimento nosographico, estudando a incidencia dos diversos quadros morbos psychiatricos em nosso meio, os indices de curabilidade apresentados pelos mesmos, a incidencia das molestias mentaes segundo as differentes nacionalidades, cor, idade e estado civil dos internados. Fez um estudo comparado do movimento do anno de 1939 com annos anteriores, mostrando que nos dois ultimos annos o movimento do hospital correspondeu a 1/3 do seu movimento desde a sua fundação, isto é, em 40 annos de existencia. Só no anno findo foram recolhidos ao Hospital Central de

Juquery, 3.904 doentes e as altas concedidas attingem a 323 casos dos quaes 115 de eschizophrenicos. Estudou sob o ponto de vista estatístico o movimento de alta a doentes eschizophrenicos de 1936 a 1939, evidenciando a enorme influencia dos modernos methodos de tratamento. Depois de outras considerações prometeu para breve, um estudo mais completo no que se refere á incidencia das molestias mentaes nas principais raças que integram a população do nosso Estado.

*Commentarios :* Dr. Oswaldo Lange : Commentando o trabalho apresentado assignalou que não é um assumpto que possa ser discutido, pois constitue um relato muito eloquente do que foi realizado no Hospital de Juquery durante o anno de 1939. No seu transcorrer a Secção ficou sabendo o que vale aquelle estabelecimento hospitalar e que dentro em pouco o problema da assistencia aos doentes mentaes, em nosso Estado, es-

tará completamente resolvido, pelo menos no que diz respeito á hospitalização. Apresentou, por fim, parabens ao dr. Pinto Cezar pelo modo elegante e synthetico com que apresentou seu trabalho e pela sua actuação na Direcção do Hospital Central de Juquery, cujo cargo é de desempenho extremamente arduo, envolvendo problemas bastante difficeis, como os de abrigo, alimentação e therapeutica de tão elevado numero de doentes, difficuldades estas que teve oportunidade de conhecer "in loco".

Dr. Pinto Cezar : Agradeceu as palavras elogiosas do sr. presidente, declarando que se tanto tem conseguido, é tambem devido á collaboração quotidiana e incançavel de todos os collegas que labutam no Hospital de Juquery.

**Hemiplegia e aphasia. Hematoma sub-dural. Intervenção cirurgica.** (Com apresentação do doente) — DR. ALOYSIO MATTOS PIMENTA — O A. apresentou um caso de hematoma sub-dural. A historia clinica e a hemiplegia com aphasia do typo sensorial faziam pensar em um ictus cerebral. Dado o paciente ser ethylista foi feito a encephalographia que mostrou grande desvio do systema ventricular e augmentou a hypothese de hematoma sub-dural. A operação revelou um grande hematoma revestido por espessa membrana. Houve regressão de toda a symptomatologia clinica e novo encephalogramma revelou posição normal do systema ventricular. O A. estudou a

anatomia macro e microscopica da dura á luz dos conceitos classicos e modernos, concluindo que não é uma membrana tão avascular. Nas explicações pathogenicas adoptou um conceito unitario e admitindo o nome de hematoma dura-matris de Wircchow como o mais correcto. Assim, expõe o hematoma dura matris, de origem infectiosa pachymeningite hemorrhagica interna, ao lado do outro grupo não infeccioso-pachymeningose hemorrhagica interna. Neste ultimo grupo mostra ser o factor traumatico o mais importante, ao lado das intoxicações pelo alcool, salvarsan, uremia, diabetes, das doenças do sangue, como leucemias, das doenças vasculares como hypertensão arterial, cardiaco negro. Expõe o quadro clinico e o valor da encephalographia e arteriographia cerebral. Mostrou a indicação cirurgica urgente e os bons resultados, quando feito em tempo. Evidenciou a existencia do post-operatorio tormentoso, exigindo conhecimentos de mechanica intra-craniana para a therapeutica adequada.

Finalizou a grande frequencia da affecção e a importancia do seu conhecimento para o neurologista e para o medico pratico, diante de affecções diversas.

**Commentarios :** Dr. Oswaldo Lange : Agradeceu a apresentação do trabalho, muito interessante, focalizando varios pontos de vista de grande importancia e dignos de attenção particularmente o da pathogenia do "hematoma duramater".

## SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE OUTUBRO

Presidente : DR. MIGUEL LEUZZI

**Kysto bismuthico do mesenterio** — DR. J. M. CAMARGO E acad. GONZAGA DE CARVALHO — Os AA. apresentaram um achado clinico de real valor, dada a raridade do caso, talvez unico na litteratura mundial. De inicio fizeram um exame minucioso de observação clinica do paciente, por

onde foi estudada a queixa do doente que consistia na existencia de um tumor na região infra-umbilical esquerda ha 2 annos, com perturbações digestivas taes como colicas epigastricas, nauseas e vomitos, constipação, azia e sialorrhoea. Referiram ainda um tratamento anti-luetico feito pelo pa-

ciente desde longa data, pelo bismutho. Relataram o resultado do exame clinico que demonstrara na occasião, um estado geral precario, ao lado de uma accentuada anemia. Descreveram o achado de um tumor palpavel, do tamanho de uma laranja bahiana, duro, movel em todos os sentidos e ligeiramente doloroso. Assignalaram a inexistencia de ulceras no estomago ou duodeno, comprovada pelo exame radiographico, que revelara accentuada perigastrite. Passaram em seguida ao estudo do tratamento cirurgico que consistiu numa laparotomia, como o que foi revelada a existencia de um tumor bosselado com 8 cms. de raio, entre os folhetos do mesenterio e adherente a uma alça do intestino delgado e que não podendo ser extirpado, foi esvaziado, sahindo 500 cc. de um liquido leitoso, branco e que sendo examinado nada revelou de anormal sob o ponto de vista bacteriologico.

Lembraram ainda os AA. que o resultado anatomo-pathologico de um fragmento da parede do tumor não precisava bem a natureza do mesmo, pensando o analysta que o mesmo era um kysto do mesenterio. Continuaram os AA. relatando as condições da alta do paciente que se deu 14 dias após a operação. Depois, contaram da sensível melhora experimentada pelo paciente durante os primeiros 6 meses de post-operatorio,, sendo que passados 14 meses da operação, novamente apresentou-se o doente com a mesma symptomatologia anterior ao tratamento cirurgico. Lembraram então o que relatara o paciente no tocante ao reaparecimento do tumor, que se dá 2 meses depois do reinicio de um tratamento anti-luetico pelo bismutho. Dadas as condições precarias do paciente, os AA. relataram como fizeram uma punção transeutanea do tumor, com o que retiraram cerca de 400 cc. dum liquido com os mesmos caracteres do anterior e que tendo sido novamente examinado, após brilhantes e minuciosas pesquisas, o prof. Carvalho Lima, diagnosticara, na-

tureza bismuthica do conteúdo do kysto do mesenterio. Assignalaram ainda o facto de que tendo sido prohibido ao doente o uso da medicação anti-luetica pelo bismutho, o mesmo apresentou melhoras completas, sendo que actualmente o seu estado geral é dos melhores. Finalmente os AA. fizeram considerações em torno do caso apresentado, estudando a ligação entre a rede lymphatica da região glutea (onde foram applicadas as injectões e a do mesenterio) terminando por prometterem uma base experimental para a applicação de tão importante acontecimento clinico.

*Commentarios :* Dr. Cecilio Carneiro : Commentou favoravelmente o trabalho, dizendo que seria interessante saber se o bismutho encontrado era um desses proteínicos de bismutho que Lavaditi cita em suas experiencias, ou um outro composto qualquer.

Dr. Camargo : Agradeceu as palavras elogiosas, dizendo que na literatura não encontrou sequer referencias a caso semelhante. Acredita mesmo ser o unico na litteratura mundial; pretendem reproduzir em animaes, experimentalmente, tentando ver se chegam ao mesmo resultado.

Acad. Gonzaga de Carvalho: Esclareceu que o dr. Carvalho Lima chegou á conclusão de que se tratava de um sal de bismutho, sal inorganico e possivelmente com um vehiculo oleoso.

Dr. Cecilio Carneiro : Achou que, por ser o unico na litteratura mundial, o caso devia ser comunicado ao Instituto Pasteur de Paris.

Dr. Miguel Leuzzi : Felicitou os AA. pelo successo alcançado, tanto sob o ponto de vista clinico como operatorio. Perguntou, ao mesmo tempo, se o paciente, após o ultimo exame datado de ha 7 meses atraz apresentava ainda as caracteristicas do tumor ou kysto do mesenterio. Considerou tambem fora de duvida, que a via lymphatica era a unica de que se poderia lançar mãos na explicação

do caso. Quanto ao diagnostico de kysto do mesenterio considera muito difficil, e a proposito citou dois casos da sua clinica particula.

Dr. Camargo : Disse que foi feito o diagnostico por exclusão clinica de kysto do mesenterio e esse diagnostico foi feito por exclusão.

## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA EM 26 DE OUTUBRO

Presidente : DR. JOSÉ DE ALCANTARA MADEIRA

**O problema da leishmaniose no Estado de S. Paulo** — PROF. SAMUEL B. PESSOA — O A. após analysar a disseminação da leishmaniose tegumentar no Estado de S. Paulo passou a relatar o que a Comissão de Estudos desta molestia, creado pelo nosso Departamento de Saude está realizando quanto á assistencia aos doentes e em relação ás investigações destinadas ao melhor conhecimento da epidemiologia e transmissão desta endemia. Quanto á assistencia foram creados até hoje 6 Postos de tratamento que num anno de trabalho assistiram a 1.565 doentes, applicando 17.003 injeções e fazendo para mais de 21.000 curativos. Fala em seguida sobre o diagnostico da molestia pela reacção intradermica de Montenegro, sobre as lesões iniciaes, curas expontaneas, lesões mucosas e sobre a prophylaxia medicamentosa do mal. Quanto á transmissão relata succintamente que a Comissão até agora tem feito identificação das especies de *Phlebotomus* do Estado, sendo que já foram descriptas 5 especies novas, estudo biologico do *Phlebotomus*, tendo os especialistas da Comissão, conseguido o cyclo com-

pleto no laboratorio de 5 especies mais communs de S. Paulo, por meio de cortes seriados e pelas disseccções de cerca de 8.000 destes dipteros já verificaram estarem naturalmente infectadas as seguintes especies : *Phlebotomus migonei*, *Phlebotomus pessoai* e *Phlebotomus whitmanni*. Relatou ainda a questão das inoculações experimentaes, reacções sorologicas a questão da temperatura sobre o crescimento da leishmania em culturas etc. Terminou a palestra, relatando os ensaios que estão sendo feitos sobre a possibilidade de vaccinação preventiva contra a leishmaniose com germens mortos. A conferencia foi illustrada com a projecção de numerosissimos diapositivos referentes aos diversos assumptos tratados pelo orador. As ultimas palavras do conferencista foram abafadas por calorosa salva de palmas por parte da assistencia, tendo sido pessoalmente felicitado, em seguida, por grande numero de admiradores.

O sr. presidente depois de felicitar e agradecer mais uma vez o orador pela brilhante conferencia, agradeceu de modo particular a selecta assistencia.

## SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE OUTUBRO

Presidente : DR. PRUDENTE DE AQUINO

**Tratamento cirurgico da ozena** — DR. ERNESTO MOREIRA. (Apresentação de doentes) — O dr. Ernesto Moreira, primeiramente apresentou alguns doentes tratados cirurgicamente, de ozena ou rhinite atrophica fétida, alguns delles com varios annos

já decorridos e que se apresentam perfeitamente curados. A seguir, apresentou a sua technica que é uma verdadeira plastica das cavidades nasaes ; a intervenção, em essencia consistiu em reduzir a grande amplitude das mesmas, que observou na doença. Não



pretendeu discutir a etiologia da molestia, dizendo apenas que o dr. Mesquita Sampaio relatará a sua opinião sobre a relação que pôde por ventura existir entre a molestia e as glandulas de secreção interna. A seguir foi dada a palavra ao dr. Carmo Mazzili, que procurou, apresentando varias radiographias, fazer uma distincção entre rhinite atrophica fétida e rhinite atrophica simples, mostrando os caracteres differencias entre as duas entidades.

**Commentários:** Dr. Mesquita Sampaio — Considerou o trabalho do A. de muito valor; fez longas considerações sobre varios pontos do mesmo, terminando por concluir, não ver relação estreita entre as lesões da rhinite atrophica fétida e um factor geral, endocrinologico, justamente pelo facto dos pacientes se beneficiarem, curando-se, apenas por um tratamento local, que é o preconizado pelo A. e que tem dado bons resultados.

Dr. Francisco Hartung — Felicitou o A. pelos seus resultados que vêm trazer um grande impulso no tratamento dessa molestia.

Dr. Marone — Considerou que as estatisticas apresentadas pelo A. têm algumas falhas, porque não consideram os doentes tratados nos serviços particulares e que constituem um grande numero.

Dr. A. Vicente de Azevedo — Considerou o trabalho do A. de grande oportunidade e pode bem aquilatar da probidade scientifica com que foi elaborado, pois seguiu com grande interesse no ambulatorio da Santa Casa, grande numero de doentes operados pelo dr. Moreira. Declarou que, emboa se tenha formado oto-rhino-laryngologistas pela escola de Vienna, que repugna os tratamentos cirurgicos da ozena, mudou parcialmente de opinião deante dos resultados obtidos pelo A.

Relativamente ao diagnostico da ozena genuina, aponta um trabalho que lera ha tempo em que o A. insistiu na importancia do argumento radiologico, para distinguir das atrophias secundarias, seja a

sinusite, seja a lues, etc. Tal autor, insiste que os signaes radiologicos da ozena são: augmento da amplitude das fossas nasaeas, espessamento da parede ossea nasal dos sinus maxillares, aplasia ou hypoplasia dos s. frontaes, etc. Resalta, pois o valor das constatações do dr. Carmo Mazzili que se encarregou da parte radiologica em collaboração com o dr. Moreira. Ainda, no tocante ao diagnostico, acha por demais grosseira a classificação adoptada pelo A. em dois typos caracterizados; rhinite atrophica simples e rhinite atrophica fétida ou ozena genuina. Acha que existe uma gamma de atrophias, desde as mais ligeiras, até as mais graves, como a ozena genuina propriamente dita. Acha que o estado das formas ligeiras e iniciais poderá esclarecer o assumpto, sobretudo se se levarem em conta, outras condições organicas geraes e constitucionaes. Aplaudiu ainda uma vez os AA., felicitando-os.

Dr. Homero Cordeiro — Fez considerações sobre o tratamento da ozena de ha annos atrás, dizendo que os resultados obtidos actualmente são verdadeiramente de enthusiasmar. Classificou as atrophias da ozena em primeiro, segundo e terceiro graus. Falou ainda da origem do mau cheiro observado na molestia, dizendo que o tratamento que remove esse mau cheiro naturalmente será um tratamento bom.

Dr. Rezende Barbosa — Como uma homenagem ao completo trabalho do A. e como uma ordem, pois ha tempo prometera ao dr. Moreira estudar a questão do tratamento medico da ozena, no que havia de mais moderno, eis a razão das suas palavras. Fez um estudo estatistico, comparativo com os elementos da clinica de oto-rhino-laryngologia do Hospital Municipal, chegando a conclusões mais ou menos identicas ás do A.

Quanto a parte de tratamento, considerou que muito poucos doentes se submeteram á therapeutica mais efficiente, além das medidas hygienicas communs, bem como um controle rigoroso á distancia.





DIVINVM OPVS EST SEDARE DOLOREM

*Terapêutica da dor pelas  
injeções intradérmicas de histamina*

# **PATHERGEX**

(Sol. de histamina-histidina, seg. Aron)

## **1 Injeções intradérmicas**

*loco dolenti (no trajeto da dor):*

**Nos reumatismos crônicos - Artralgias -  
Mialgias - Nevralgias - Plexalgias - Zona**

## **2 Injeções subcutâneas**

*Em patologia digestiva:*

**Gastralgias - Úlceras gastro-duodenais**

*Nas doenças alérgicas:*

**Asma - Urticária - Enxaqueca -  
Coriza espasmodico**

**LABORATÓRIO "TORRES"**

RUA GLICÉRIO, 429 — SÃO PAULO

Consultores científicos: Profs. Jayme R. Pereira e Otto Bier

Quando ao tratamento cirurgico, utilizou-o somente em duas vezes : um Lautenschlaeger, executado ha pouco mais de um anno e, portanto sem observação sufficiente, e inclusão de marfim, em outra paciente ; 3 fragmentos de marfim, dois no septo e um no assoalho. Apesar da eliminação expontanea, trez mezes após, de dois fragmentos, o resultado objectivo e subjectivo continua bom.

Quanto ao tratamento medico, afóra as medidas hygienicas nasaes, empregou a vaccina Wright, a insulina em pequenas doses, a auto-hemo-therapia, a physostigmina e as substancias estrogenicas localmente, obtendo bons resultados.

Fez tambem o tratamento pela physostigmina, que segundo theorias modernas impede a destruição de uma substancia de acção identica a cholina produzida na amygdala e que regula a vaso-dilatação das mucosas das vias aereas superiores ; a applicação dessa physostigmina associada ao sulfato de potassio, conseguiu diminuir o mau cheiro, mas nenhum resultado objectivo foi obtido.

Fez tambem em 6 pacientes tratamento por ebulizações locais com substancias estrogenicas, obtendo resultados mais do que animadores, tanto subjectiva como objectivamente. Entretanto o problema financeiro, e as conclusões estabelecidas por AA. norte-americanos, de que não se observa pelo emprego dessas substancias, nenhuma modificação para melhora

na mucosa nasal, fizeram-n'o abandonar esse tratamento.

E' entusiasta da cirurgia, praticando-a na Santa Casa sob a direcção do dr. Ernesto Moreira.

Dr. Mesquita Sampaio — Fez considerações a proposito das observações do dr. Rezende Barbosa, lembrando as propriedades sympathico ou vagotonicas das substancias estrogenicas lembradas no seu commentario.

Dr. Rebello Netto — Apresentou uma estatistica das observações proprias, dizendo que o pequeno numero das mesmas não permite generalizar quaesquer conclusões. Entretanto, annota os factos seguintes : a) a irritação causada pelo descollamento e permanencia do corpo estranho, produz sempre, melhora immediata do quadro clinico, mesmo quando a eliminação vae se processar ; b) são factores patentes de eliminação : 1) delgadez da mucosa ; 2) inclusão muito volumosa ; 3) intolerancia pelo corpo estranho ; c) em 47 operações executadas em 31 doentes (excluido um caso de parafina) nunca observou a menor complicação, o que levou a concluir pela sua benignidade.

Intervenção rapida e singela, exigindo apenas a anesthesia por embebição, destinada a melhorar os casos de atrophias anteriores, a inclusão merece figurar no arsenal cirurgico do rhinologista, o que poderá, seleccionando os seus casos, preferil-a em dado momento ás innumeradas technicas de uso corrente.

## SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE OUTUBRO

Presidente : DR. J. IGNACIO LOBO

**Agranulocytose provocada pela sulfamida** (Apresentação do doente) — DR. ARIIVALDO DE CARVALHO e Acad. LUIZ AYRES — Num paciente portador de molestia pulmonar de diagnostico duvidoso, observaram os AA., pela evolução do caso e pela radiographia, tratar-se de um caso de abcessos multiplos do pulmão de provavel origem metastatica. O

doente sendo tratado pela sulfamida — sulfapyridina e sulfanilamida endovenosa — na dose de 5 grammas diarias, veiu a apresentar um quadro typico de agranulocytose.

Estudaram então os AA. o hemo e o myelogramma obtidos desse paciente, demonstrando a presença da "asthenia cyto-evolutiva de Fieschi" documentando o diag-

nostico com optimas pranchas e diapositivos.

Tratam a seguir da etio-pathogenia das agranulocytoses, fazendo uma rapida classificacão e incluindo o seu caso entre os de causa toxica e attribuindo o seu mecanismo de produccão a uma "anaplasia dos elementos myeloides".

Depois de fazerem rapidamente o diagnostico differencial com a "alencia de Frank", "agranulocytose de Schultz" e a "angina necrotica uremica", passam a estudar a therapeutica, citando as medicacões mais efficazes: methodo de Jackson (penta-nucleotideo), acido sylicico colloidal associado ao calcio, o acido nucleinico, o nucleinato de sodio, as transfusões (sangue leucemico agudo), de sangue de individuos submettidos á pyrethotherapie e ainda o glutation.

Após demonstrar a cura do seu paciente, concluem os AA.: 1) O tratamento pela sulfamida em altas doses produz a agranulocytose; 2) E' necessario o confronto de repetidas contagens, não bastando, para tal, a taxa global dos leucocytos mas sim a especifica; 3) Não se deve esperar o apparecimento de signaes objectivos ou subjectivos para suspender a medicacão pela sulfamida; 4) A agranulocytose sendo rara não invalida a efficiencia da sulfamida no tratamento das varias molestias microbianas.

*Commentarios:* Dr. Paulo de Almeida Toledo: Acha que seria interessante fazer a contagem absoluta dos globulos brancos de per si e, em particular, dos lymphocytos. Além disso, chama a attenção sobre a origem embolica dos abcessos (ulcera da perna) que parecem ser de natureza benigna.

Dr. Durval Rosa Borges: Abordou os mesmos pontos já explanados e se referiu á diversidade entre a alta dos leucocytos e a baixa dos neutrophilos.

Dr. Arioaldo de Carvalho: Respondeu agradecendo a attenção dispensada, explicando os mesmos phenomenos pela intoxicacão soffrida pela medula.

*Ictericias e laboratorio* — Dr. DURVAL ROSA BORGES — Visa o trabalho do A. mostrar quaes os soccorros que se podem esperar de um analyta, no diagnostico das ictericias. Começa discorrendo sobre a origem do pigmento biliar e apresentando curioso eschema no sentido de demonstrar o local de sua formacão e o modo pelo qual se processam as ictericias. Fala a seguir sobre a reacção de Van den Berg estudando detalhadamente o seu comportamento diante dos diversos processos que se operam no fígado. Considerou ainda os valores do indice icterico e da dosagem da bilirubina no sangue nas ictericias mechanicas, nas ictericias hepaticas, nas ictericias toxicas e na hemolytica. Terminou dizendo breves palavras sobre uma reacção, ainda em estudos que permittirá até certo ponto differenciar uma ictericia hepatica de uma ictericia mechanica.

*Commentarios:* Dr. Daher Lutaik: Discorreu sobre o assumpto, pondo em relevo o valor da vitamina K no diagnostico das ictericias.

Dr. Ignacio Lobo: Falou sobre a grande difficuldade da distincção entre uma ictericia obstructiva não total ou quasi total e uma ictericia hepato-cellular intensa, seja pela reacção de Van den Berg que em ambas é directa, seja pelo tempo da prothrombina. Faz ressaltar o valor da vitamina K na therapeutica.

# Philtergon -

NÃO DIGA UMA COLHER,  
MAS UMA COLHERADA  
ÁS REFEIÇÕES

## SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE OUTUBRO

Presidente : DR. GABRIEL BOTELHO

**O óleo de chaulmoogra no tratamento da tuberculose laryngéa** — DR. FABIO BELFORT DE MATTOS — O A. iniciou a comunicação, dizendo que, com a mesma quer apenas lembrar o emprego do óleo de chaulmoogra no tratamento da tuberculose laryngéa e chamar a atenção dos colegas para a impressão geral que tem colhido, no tratamento de cerca de uma centena de casos. Fez um historico do assumpto, mostrando os autores que empregaram o processo e entre elles o dr. Raphael da Nova em 1938. Outros oleos foram empregados, como o de figado de bacalhau, tambem com bons resultados, o morruethyl, etc. Falou sobre a maneira de se empregar o verdadeiro óleo de chaulmoogra. Para terminar, discutiu a interpretação dada por varios autores sobre o modo de acção do óleo de chaulmoogra.

**Commentarios :** Dr. Gabriel Botelho — Achou o trabalho do A. deveras interessante, agradecendo-o em nome da mesa.

**Tuberculino-diagnostico** — DR. HOMERO SILVEIRA — O A. iniciou a comunicação dizendo que a tuberculinização sob a forma de reacção tem sido usada, principalmente para o diagnostico da tuberculose infantil, e apresenta valor notavel; lamenta que no nosso meio não se empregue o tuberculino-diagnostico com frequencia como era de se esperar. Passou em revista os processos mais usuaves de tuberculinização como o Manteaux, Von Pirquet, etc., mostrando as diluições principalmente no primeiro methodo,

mais empregadas, conforme as circunstancias, no Serviço "Clemente Ferreira". Mostrou o emprego da vaccina B. C. G., relacionando o seu emprego com os estados observados no paciente, de allergia, ou anergia etc. terminando assim a sua comunicação.

**Commentarios :** Dr. Grieco — Salientou a importancia do trabalho do A. encarando a questão do tuberculino-diagnostico sob um lado pratico. Desde 1934 pratica essas reacções como rotina, mas sómente para diagnostico e não para emprego posterior do B. C. G.; não emprega o B. C. G. porque pensa que o seu emprego requer que elle seja levado com o rigor mais perfeito possivel. Fez tambem algumas considerações sobre as reacções de Manteaux e Von Pirquet e sobre o conceito de anergia e normergia, sempre discutidos.

Dr. Fleury : Salientou tambem a importancia das reacções tuberculinicas, mostrando entretanto certos aspectos interessantes das mesmas, como o facto de individuos não reagirem a certas concentrações grandes de tuberculina, reagirem ao B. C. G.

Citou, a seguir, as experiencias de um prof. de Buenos Ayres que, ao nascer a creança, injecta uma certa quantidade de tuberculina, que é misturada com determinada proporção de carvão; se a creança apanha a primo-infecção, a tuberculina retida pelo carvão dá uma reacção positiva, que é uma verdadeira reacção de alarme.

Dr. Homero Silveira : Agradeceu aos commentaristas, fazendo mais algumas ligeirissimas considerações sobre o tuberculino-diagnostico.

## SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE OUTUBRO

Presidente : DR. HONORIO DIAS SOARES

**Estreitamentos urethraes dentro da pathologia do systema urinario** — DR. GERALDO DE CAMPOS FREIRE — O A. disse que

a finalidade do seu trabalho, trazendo as observações de estreitamentos urethraes, ao conhecimento da Casa, é mostrar as conse-

quencias mais ou menos graves que decorrem de taes estreitamentos, para todo o tracto urinario. Achou que o estreitamento urethral é uma affecção grave que deve merecer especial cuidado do urologista e já não é mais tempo de se considerar essa molestia como uma simples manifestação local de processo inflammatorio chronico, mas sim uma infecção grave que tem repercussão sobre todo o tracto urinario.

A seguir o A. apresentou tres casos de estreitamento urethral

que tiveram repercussão grave para o lado dos outros segmentos do tracto urinario. A exposição foi documentada com radiographias, etc.

*Commentarios:* Dr. Adelino de Almeida Prado — Pensa que seria de grande vantagem apresentar o trabalho do A. tambem em outras secções como de medicina e Cirurgia Geral, para que todos os medicos pudessem tomar conhecimento desses casos.

## SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 28 DE OUTUBRO

Presidente: DR. SYLLA O. MATTOS

**Tratamento das rectites estenosantes pelo virus de Nicolas Durand Favre** — PROF. DR. EDMUNDO VASCONCELLOS — O A. iniciou a conferencia fazendo largas considerações sobre a etiopathogenia das rectites estenosantes, mostrando que as theorias até ha pouco consideradas não satisfazem completamente á expicação de certos factos. Fala, a seguir, sobre a theoria mais moderna sobre a questão, que é a de ligação lymphatica entre a vagina e o tecido peri-rectal, que explicaria de maneira mais satisfactoria o apparecimento das rectites pela migração do virus de Nicolas Favre através dessa rede lymphatica: isso quanto ao sexo feminino, pois que a presença da rectite estenosante no sexo masculino, produzida pelo virus de Nicolas

Favre, seria devido a contacto directo, isto é, tratar-se-ia de um pederasta passivo.

Continuando, passou a expor a sua technica para o tratamento cirurgico da rectite estenosante, no sexo feminino, que como medida preliminar, principalmente nos casos graves, consta de uma larga ligação entre a vagina e o recto, por uma secção do septo recto-vaginal; melhoradas as condições geraes da paciente, passa-se então a operação propriamente dita, que consta de um tempo abdominal, de libertação do sigmoide e de um tempo perineal, de descollamento do recto, sem interferir no esphincter do anus, abaxamento do recto, secção da parte estenosada e implantação no esphincter da parte sã.

## Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 8 DE MARÇO

Presidente: DR. ENÉAS DE AGUIAR CARVALHO

**A introdução e aclimação de plantas contra a lepra** — DR. J. GONÇALVES CARNEIRO — O A. inicia esclarecendo de como obtve as diferentes mudas e sementes das especies productoras do oleo de Chaulmoogra, nacionaes e es-

trangeiras. Em seguida, faz longa exposição sobre a preparação do campo tendo obtido a aclimação de numerosas mudas. Passa a commentar sobre a qualidade dos oleos consumidos pelo mundo inteiro, os quaes são extrahidos de fru-

# DEXTROSOL

(Glucose — d)

“DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A  
CIRCULAÇÃO, ELIMINANDO EDEMAS,  
AUMENTANDO O VOLUME SANGUI-  
NEO E PROMOVENDO A DIURESE”

E. MEYER - (*Usos Therapeuticos  
das Injecções Endovenosas de Soluções  
de Glucose*) Zentralb. f. Klin. Med.  
102:343, 1925. Abst. J. A. M. A.  
86.521, 1929.

# CITOSINA

**RHEUMATISMO - ARTRITISMO  
SCIATICA - IRITES**

Iodeto de Sodio

1.ª Série 2 cc.

Salicil. de Sodio

2.ª Série 5. cc

Agua Bi-Destil.

3.ª Série 10 cc.

**INJEÇÕES INTRAMUSCULARES OU ENDOVENOSAS**

**LABORATORIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.**

**Rua Braulio Gomes, 159-161 — SÃO PAULO**

**Caixa Postal, 3018, — Telephone, 4-3217**



# RAIOS X

**Dr. J. M. Cabello Campos**

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames  
Radiologicos a domicilio

●

Consultorio :

RUA MARCONI, 94

(Predio Pasteur)

Telephone : 4-0655

Residencia :

RUA TUPY, 593

Telephone : 5-4941

SÃO PAULO

*Lembramos aos exmos. snrs. Medicos  
a vantagem de*

## BILIDRENO

Dois tipos    **COMPRIMIDO**  
                    **GRANULADO**

**EFFEITO SURPREHENDENTE NAS MOLESTIAS DO  
FIGADO**

**SUA FORMULA E' UMA GARANTIA  
BOLDINA — MAGNESIO — PEPTONA**

---

**PRODUCTO DO LAB. DR. LUIZ PEREIRA BARRETO**  
Rua Victoria, 660 — S. PAULO  
**REPRESENTANTE NO RIO DE JANEIRO - B. MATTOS & CIA. - R. S. JOSÉ, 66**

tos colhidos sem a prévia consideração de suas diferentes formas morphologicas, ou variedade, os quaes fixados pela enxertia, produziriam optimos e puros oleos, tal-

vez mais efficazes na therapeutica antileprotica.

A palestra foi illustrada com numerosos diapositivos e photographias.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 14 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. ALVARO COUTO BRITTO

**A impericia e a imprudencia e a negligencia nas installações electricas** — DR. MOYSÉS MARX — O A. abordou os seguintes assumptos : conceito tecnico da impericia, da imprudencia e da negligencia no que concerne ás installações electricas, especialmente ás installações electricas domiciliaries e industriaes. Regulamentos estrangeiros para as installações electricas : "National Board or Fire Underwriters", "National Electrical Saffety Code", "Verband Deutscher Elektrechner", "Leggi e Regolamenti-Presevizioni di sicurezza per Impianti di Illuminazione Elettrica". Tenta-

tivas nacionaes para regulamentação do assumpto. Installações nas usinas productoras e transformadoras da corrente electrica. Installações das linhas de transmissão. Installações internas domiciliaries e industriaes e sua segurança. Os accidentes por impericia, por imprudencia e por negligencia. Seu aspecto legal e consequencias, no tocante á sua punição e resarcimento de damnos. Attribuição da culpa aos seus autores em face da legislação em vigor no paiz. Regulamentação do assumpto pelos poderes publicos e exigencia de habilitação profissional para os installadores de electricidade.

## Sociedade de Ophtalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 14 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. SOUZA MARTINS

**Keratite filamentosa** — DR. CELSO DE TOLEDO — O orador relatando os resultados de pesquisas ha pouco realisadas, informa que keratite filamentosa é uma affecção caracterisada pela presença de filamentos na dependencia da camada epitelial da cornea e a ella adherentes por uma das extremidades. Em um relato historico recapitula o trabalho de Leber, Uthof, Fischer, Czermak, Hess, Albrand, Sourdille, Mazza, Schall e outros. Após abordar a symptomatologia da affecção, passa a

examinar o aspecto microscopico dos filamentos, para tratar depois da forma e evolução do processo, das varias theorias que pretendem explicar a sua etiopathogenia, terminando por examinar o problema do tratamento adoptado quer por Albrand, quer por Sourdille, Morax e outros autores.

**Sobre a genese do phenomeno do cruzamento** — DR. A. BUSACCA — O orador tratou da genese do phenomeno do cruzamento dos vasos da retina seja na hyper-

tensão arterial seja em outras condições pathologicas. Teceu longas considerações sobre a circulação retiniana em face de varias condições clinicas, detendo-se no estudo dos signaes objectivos da hypertensão retiniana e accentuando, por fim, o seu ponto de vista pessoal sobre o phenomeno do cruzamento, baseado em pesquisas que vem emprehendendo nesse campo de observação.

#### ***Coloboma do crystallino***

DRS. PENIDO BURNIER e PENIDO BURNIER FILHO — Os autores descreveram a observação de uma paciente internada no Instituto Penido Burnier, de Campinas. Tratava-se de uma senhora de 40 annos de idade, com redução visual á direita em cujo crystallino, além de opacidades discretas, foi verificada ao bio-microscopio pequena falha na parte temporal da sua periferia, com ausencia de fibras zonulares, conforme se podia

notar na photographia apresentada. Discutiram a etiopathogenia e as variedades do coloboma crystaliniano, affecção rarissima ou de difficil diagnostico, pois é o primeiro caso que puderam registar entre 100.000 pacientes, num periodo de 24 annos, naquella Instituto. Adoptam a classificação de Van Duyse, incluindo a sua observação entre os colobomas atypicos, discordando de L. Dor, que reléga para o capitulo das subluxações os casos em que não ha real perda de substancia do crystallino, mas simples lesão do seu ligamento suspensor. A distincção seria difficil e os defeitos congenitos da lente e da zónula podem coexistir, de origem commun. O diagnostico preciso é importante, mormente para evitar tratamento inutil, pois se trata de defeito congenito inalteravel, só se justificando a extracção da lente, quando se opacifica não sendo satisfactoria a visão do outro olho.

## LITERATURA MEDICA

### Livros recebidos

***Gynecologia Moderna*** — JOÃO PEREIRA DE CAMARGO, Editora Guanabara (Ouvidor, 132) Rio, 1941.

O A., nome já consagrado nas letras medicas brasileiras, acaba de reafirmar o conceito de que goza com a publicação deste excellent volume, que vem occupar um lugar de destaque na produção medica do paiz. Com effeito, livro moderno, escripto por um professor estudioso que tem em dia os mais recentes progressos da especialidade e que sabe tirar do seu longo tirocinio o discernimento capaz de bem orientar o leitor, o presente volume é daquelles que hombreiam com os melhores compendios estrangeiros de gynecologia. Num total de mais de 1.100 paginas, com 493 figuras em preto, 4 a cores e 14 taboas em trichromia, o livro encerra todos os proble-

82)

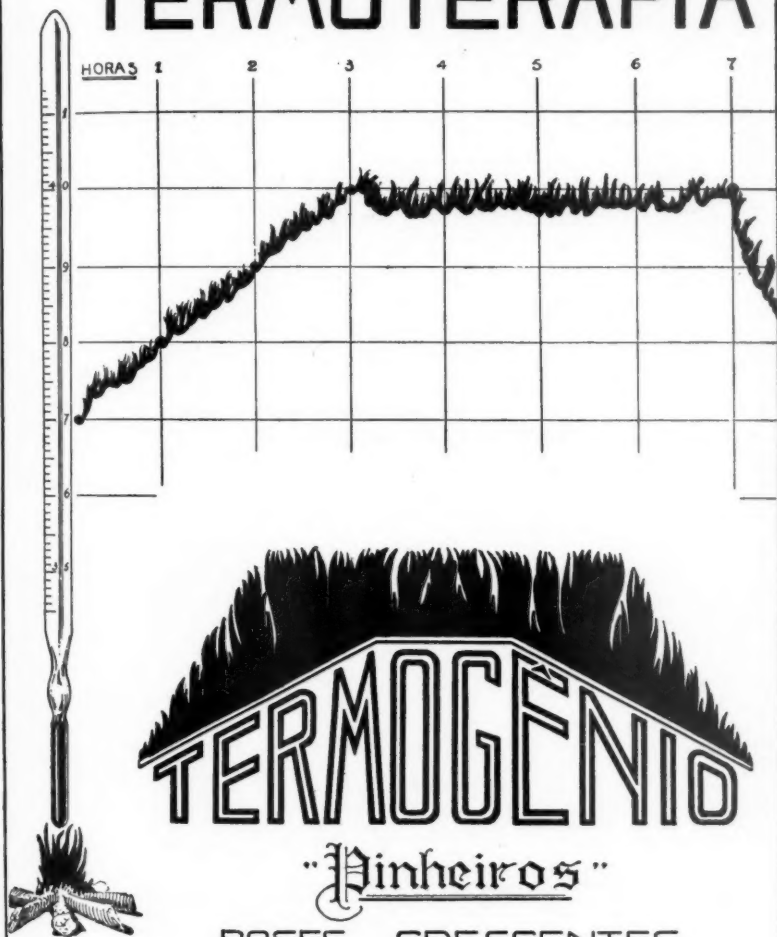
mas do especialista, mesmo aquelles de interesse affim, tendo o A. confiado a nomes de alta reputação, como Rocha Vaz, Annes Dias, Maurity Santos (+), Raul Pitanga Santos, Carlos Fernandes, Jayme Poggi, Mauricio Gudín, Heroldo Maciel, Armando Aguinaga e Manoel Cardoso Fonte, a confecção de capitulos especializados, de maneira a dar á obra uma amplitude ainda maior. Mereceu especial cuidado a parte operatoria, havendo descripção e critica das varias technicas aconselhadas.

A feitura material é de primeira ordem.

***Patologia y clinica general de la tuberculosis del esqueleto*** — J. GONZALEZ AGUILAR, El Ateneo (Florida, 344), Buenos Aires, 1940.

O A., que é professor de Clinica Cirurgica da Universidade de Va-

# TÊRMOTERAPIA



## TERMOGÊNIO

*Vacina para uso venoso*

*Indicações:*

paralisia geral  
infecção pelo b. de Ducrey  
infecções em geral, em que se deseje  
provocar reação febril.

Injeção venosa, lenta, com intervalo  
médio de 3 dias.

Caixa de 6 ampôlas de 2 cc.  
com doses crescentes.

NEURILAN

*Poderoso calmante do  
sistema neuro-vegetativo.*  
Indicado na excitação nervosa,  
nos desequilíbrios vasomoto-  
res, palpitações, insônia,  
dispepsia nervosa.

*À base de estroncio bromado,  
crataegus, leptolobium, meimendo*

*Dose 1 a 2 colheres das de chá em água  
assucarada às refeições*

NÃO DEPRIMENTE  
NEURILAN

Lab. Gross-Rio

# NATROL

EMPÓLAS DE TÁRTARO-BISMUTO DE SÓDIO HIDRO-SOLUVEL

## SIFILIS

*Cutanea - Visceral - Nervosa*

Doença de Brocq-Duhring-Framboesia (Bouba)

Fuso-espiriloses diversas (anginas inespecíficas, noma, etc.)

*Eficácia comprovada -*

*Doses moderadas de bismuto (2 cc 0,038 Bi)*

Rápida absorção — Tolerância perfeita

NATROL (pomada) — Espirilicida e cicatrizante enérgico

---

CARLOS DA SILVA ARAUJO S. A.  
Caixa Postal, 163                      Rio de Janeiro  
Laboratório Clínico Silva Araujo — L. C. S. A.  
Deposito em S. Paulo: Rua 11 de Agosto, 35

NEURILAN

*Injeções inteiramente indolores e  
sem reacção local*

Calcio

Isotonico

GROSS

NÃO DEPRIMENTE  
NEURILAN

O mais moderno recalificante sem perigo

Laboratório Gross-Rio de Janeiro

lença, Espanha, foi terminar na Argentina a confecção deste livro, em que tem a oportunidade de reafirmar os seus pontos de vista doutrinares sobre a tuberculose osteoarticular. Estudando a molestia em ambientes diferentes, com as facilidades da sua cathedra na Europa e depois com as que encontrou no Instituto de Tisiologia da Universidade de Cordoba, ponde o A. chegar a conclusões assás interessantes. "O cirurgião tem hoje o livro de que necessita para desenvolver-se com mais confiança e o tisiologo, por sua vez, se regozija de poder contar agora com a obra que lhe permite trazer ao seio de suas concepções tisiologicas o conhecimento exacto de uma das manifestações mais interessantes da tuberculose extrathoracia — diz Sayago no Prologo. E conclue: "O prof. Gonzalez Aguilar pode considerar-se satisfeito com este livro, fiel expoente do seu prestigio intellectual; a sciencia medica espanhola realiza, através delle, uma das contribuições mais significativas para a Medicina contemporanea". O volume contem 402 paginas, com 60 figuras.

**Therapeutica clinica** — El arte de formular (aparato circulatorio) — ALFREDO JOSÉ BANDONI, El Ateneo (Florida, 344), Buenos Aires, 1941.

Sob a direcção dos profs. Cesar Cardini e Juan José Beretervide, El Ateneo está publicando a "Bibliotheca de Therapeutica", com a collaboração dos mais destacados profissionaes da Argentina. O primeiro volume de Therapeutica

Clinica é dedicado á Arte de Formular e, estando sob a orientação do prof. Bandoni, apenas se cinge ás Molestias do aparelho circulatorio, tendo sido escripto pelos profs. Beretervide, Cardini, Esteban Ochoa, José Puente e drs. Antonio Battro e Alfonso Albaneze. Na parte inicial Bandoni descreve as regras da arte de formular e na seguinte os varios collaboradores se encarregam de detalhar a conducta no tratamento das molestias do coração e dos vasos. A julgar pelo presente volume, a Bibliotheca de Therapeutica está destinada a pleno successo, pois os assumptos são tratados de uma maneira accessivel, com clareza, discernimento e precisão. O volume contem cerca de 600 paginas.

**O valor da radiographia do esqueleto no diagnostico da syphilis congenita** — RANULPHO PRATA, Santos, 1941.

Neste interessante trabalho, illustrado com 9 casos bem documentados, o A. chega ás seguintes conclusões: 1) nos primeiros dias ou mezes de vida certas lesões osseas são indícios valiosos de syphilis congenita; 2) nos lactentes que apresentam symptomas clinicos, a radiographia é positiva em cerca de 65 a 70%; 3) pela simplicidade, rapidez e maior exactidão, a radiographia sobrepuja a sorologia; 4) a radiographia é ainda util para acompanhar a evolução e julgar da acção therapeutica; 5) no diagnostico da syphilis congenita, o exame radiographico do esqueleto deve ser adoptado como processo de rotina, de modo systematico.

## Theses, Folhetos e Separata recebidos

**Die Demineralisation der Extremitätenknochen nach Accid-Trauma als Teilerscheinung der sogenannten Akrodystonie und Dystrophie** — UARDA FRUTIGER, these da Faculdade de Basileia, 1939.

**Auswirkung der Extraktion von Zähnen auf das deforme Gebiss** — LOUIS J. BAUME, these da Faculdade de Basileia, 1939.

**Die therapeutische Wirksamkeit der Goldverbindungen**

— OSCAR GELBART, these da Faculdade de Medicina de Basileia, 1939.

*Die Wandlungen in der pathogenetischen Auffassung der multiplen Sklerose* — ABRAMS BERIS GLIKS, these da Faculdade de Medicina de Basileia, 1939.

*Ueber die vorzeitige Loesung der normal inserierenden Plazenta* — AUGUST JUCHLI, these da Faculdade de Medicina de Basileia, 1939.

*Ueber die Bedeutung des Residualstickstoffes fuer die klinische Diagnose* — Alexander Rostler, these da Faculdade de Medicina de Basileia, 1939.

*Ein Beitrag zur Kasuistik der Periarteriitis nodosa* — HANS POLLAK, these da Faculdade de Medicina de Basileia, 1939.

*Zur Frage der Genese der Aneurysmen des Circulus Arteriosus Willisii* — VERONIKA PIRNITZER, these da Faculdade de Medicina de Basileia, 1939.

*Zur Frage der postoperativen Aderhautabhebung, insbesondere deren wiederholtes Auftreten* — HELENE D. MAYER, these da Faculdade de Medicina de Basileia, 1939.

*Considerações sobre o nosso antigêno e suas aplicações no*

*soro-diagnostico da syphilis* — AUGUSTO G. DE CASTRO CERQUEIRA, Ambulatorio Graffée e Guinle de Santos, 1940.

*Rememorando a campanha anti-amarillica de 1936, no Districto de Itapetininga* — CARLOS VIEIRA DE MORAES, São Paulo Medico, XIII, set. out. 1940.

*Variation in tooth position following extraction of first molars in relation to incidence and distribution of dental caries* — J. A. SALZMANN, Journal of Dental Research, XIX, 1 fevereiro 1940.

*Avario-reacção (nova modalidade de reacção de floculação)* — LUIZ MIGLIANO, Gazeta Clinica, S. Paulo, novembro 1940.

*Sobre el tratamiento medico del ulcus gastroduodenal no complicado* — MARIO CORTES LLADO, these da Faculdade de Medicina da Un. Central de Venezuela, 1937.

*A gastroenterostomia complementar á sutura da ulcera duodenal perfurada* — E. V. CANNABRAVA, O Hospital, Rio, janeiro 1941.

*Rezende Puech (1884-1939) e Vittorio Putti (1880-1940)* — RENATO DA COSTA BOMFIM, Emp. Graph. Revista dos Tribunais, S. Paulo, 1940.

**HIPERTENÇÃO ARTERIAL - MIOCARDITES - ARTERIOESCLEROSE**

**CARDIOSCLEROL**

**TONICO CARDIACO ATOXICO**

*A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scilla Rodanato de Potassa*

*Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos*

**INSTITUTO CHIMORGAN**

**CAIXA, 4500**

**SÃO PAULO**



## IMPrensa MEDICA PAULISTA

## Summario dos ultimos numeros

**Arquivos de Biologia**, XXV, 1-24, janeiro 1941 — Tratamento das diarrhéas: diarrheas de causas inflammatorias — Vasco Ferraz Costa; Sobre a lues latente — Affonso Bianco; Index radiotherapico — Pino Picherle e Miguel Centola; O calcio anesthetico local — Ival da Gama; Estudo historico sobre a etiologia das febres paulistas — Roberto Pasqualin.

25-52, fevereiro 1941 — Conhecimentos actuais sobre a influenza e seu virus — Ettore Biocca; Tratamento das diarrheas: colites e disenterias — Vasco Ferraz Costa; Sobre um plasmodium endoglobular de um lagarto — A. Carini; Metabolismo basal na obesidade exogena — Ulysses Lemos Torres.

**Caderno de Pediatria**, V, 557-580, fevereiro 1941 — Conferencias nipiologicas — N. Javarone; Os direitos da criança perante o Estado Novo — N. Javarone; O quinto anniversario de L. Morquio — E. Cacace.

**Gazeta Clinica**, XXXVIII, 447-478, dezembro 1940 — Gabriel de Andrade e a cirurgia ocular no Brasil — N. Rebello Machado; Da coloidochimioterapia na demencia paralytica — J. N. de Almeida Prado.

**Neuronio**, II, 1-52, janeiro 1941 — Bibliographia latino-americana de neurologia, psiquiatria, medicina legal e ciencias afins.

**Odontologia Moderna**, XIV, 49-112, agosto-dezembro 1940 — Das inflamações a cystos — Hugo Dias de Andrade.

**Resenha Clinico-Cientifica**, X, 47-82, fevereiro 1941 — A insuficiencia coronaria como factor

primeiro ou concausal de descompensação chronica do coração — Giorgio Dominici; Sobre o mecanismo das vertigens — Gualtiero Lugli; Conceitos actuais sobre a pathogenese da tuberculose cutanea — Franco Flaber; Concepções antigas e modernas sobre a pathogenia da angina de peito — Giovanni Galli.

**Revista de Biologia e Medicina**, I, 193-256, julho-agosto 1940 — A syphilis nas afecções cardiovasculares — A. de Almeida Prado; Contribuição oto-laryngo-ophthalmologia para o diagnostico das molestias nervosas — Adherbal Tolosa; Causas e tratamento da esterilidade — Giulio Segre; A acção therapeutica local da vitamina "A" sobre as dermatoses e ulceras cutaneas — S. Alcantara Madeira.

**Revista Clinica de S. Paulo**, IX, 1-32, janeiro 1941 — Considerações sobre as intoxicações alimentares de origem estaphilococica — Rubens Azzi Leal; Factor hypoglycemiante ou factor anti-hyperglycemiante? — Paulo de Almeida Machado; Tratamento da pyorrhea — Pedro Corrêa Netto.

**Revista da Cruz Azul**, XXV, 1-54, janeiro 1941 — Educação antituberculosa — Baptista Junior; Encephalites agudas na infancia — J. Cupertino; Gynecologia rural — João Peres; Odontotraumatologia esportiva — Fausto Macedo.

**Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo**, VII, 1-35, janeiro-fevereiro, 1941 — Prophylaxia da syphilis nervosa — Oswaldo Lange; Psychotherapia armada e hysteria — Fernando de Oliveira Bastos.

**São Paulo Medico**, XIV, 1-202, janeiro 1941 — Syndrome de Erb-Goldflam — F. de Oliveira Bastos; Insuficiência cardíaca mixedematosa — José M. Cervino; Derrame kiliforme da natureza neoplásica — J. Lamartine de Assis e L. Raimo; Síndrome humoral de la enfermedad postoperatoria — Remo S. Ferracani; Prophylaxia anti-tuberculosa infantil — Clemente Ferreira; La colchicina y su aplicación al conocimiento de las acciones hormonales — Washington Buño; El ruido auricular en condiciones normales — Oscar Orias e E. Braun Menendez; Syphilis gastrica —

Licinio H. Dutra; Síndrome de apicón y cono medular no traumático — Léon Zimman.

**Therapia**, II, 1-72, novembro-dezembro 1940 — Bacteriemia transitoria consecutiva á tonsilectomia — Fischer e Gottdenker; Modernas concepções sobre o eritema nodoso — Affonso Bianco; O problema medico social da maternidade — Celso Dias Gomes; Doenças do recém-nascido — Waldemar do Prado Leite; Contribuição ao estudo do hydamnios — Araujo Junior; Tratamento da tuberculose pelo leite de egua — Oscar Fontenelle.

## VIDA MEDICA PAULISTA

### Associação Paulista de Medicina

**Posse da nova directoria** — Realizou-se no dia 7 de fevereiro ás 21 horas, a cerimonia de posse da nova directoria da Associação Paulista de Medicina, com mandato para o biennio de 1941-42.

Compareceram o dr. Mario Lins, secretário da Educação, representando o interventor federal; prof. Rubião Meira, presidente da associação e reitor da Universidade, os antigos e actuais directores, bem como numerosos associados.

Os trabalhos foram presididos pelo dr. Mario Lins, que estava ladeado pelos drs. Rubião Meira e Luiz Medina, vice-presidente da directoria que terminou o mandato.

Aberta a sessão, o professor Rubião Meira procedeu á leitura do relatório do anno de 1940, informando que foram realizadas 129 reuniões e apresentados 285 trabalhos, distribuídos pelas varias secções associativas. Ressaltou que nenhuma associação de classe de S. Paulo realizou tantas reuniões e teve movimento tão intenso como a Associação Paulista de Medicina.

Foram realizadas semanas de estudo sobre Neuropsychiatria e Hy-

giene e Moléstias Tropicais e Infecciosas, com avultado comparecimento de socios. Realizaram-se no anno passado o congresso de Urologia, iniciado no Rio e terminado em S. Paulo, e o de Obstetricia, ambos decorridos com muito brilho. Referiu-se depois á revista da associação, que vem prestando bons serviços e que continua a sair regularmente. Relatou os prêmios científicos entregues pela associação, os votos de pesar registrados durante o anno, formulando um apello aos associados no sentido do augmento do quadro social.

Após agradecer as atenções de que tem sido alvo da sua classe, que o distinguui com a continuidade do mandato em assemblea geral, afirmou de que a orientação da associação não fosse interrompida, o professor Rubião Meira passou a presidencia ao professor Luiz Medina, o qual, após a leitura da acta da sessão anterior pelo dr. Pedro Monteleone, declarou empossada a nova directoria.

Aclamada a directoria com uma salva de palmas, falou o professor Rubião Meira, agradecendo a honrosa distincção e affirmando o seu

devotamento e de seus companheiros de direcção em beneficio da classe e da sua aggremação. Referiu-se elogiosamente ao esforço dos seus companheiros da directoria finda, declarando que continuaria a trabalhar pelos objectivos visados pela entidade.

Em seguida, o dr. Vicente Zamith Mamana propoz e viu aprovado por unanimidade um voto de louvor e de agradecimento ao dr. Adhemar de Barros, interventor federal, pelas atenções que vem dispensando á entidade de classe

dos medicos de S. Paulo. O dr. Mario Lins agradeceu, em rapidas palavras, em nome do chefe do executivo estadual.

A actual directoria ficou assim constituída: drs. prof. Rubião Meira, presidente (releito); vice-presidente, prof. Felicio Cintra do Prado; 1.º secretário, Honorio Dias Soares; 2.º secretário, Vital Vaz, 3.º secretario, João de Lorenzo; 1.º thesoureiro, Cyro de Rezende; 2.º thesoureiro, Claudio Erminio e bibliothecario, Mario Yahn.

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

**Commemoração de seu 4.º anniversario e posse da nova directoria** — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo realizou no dia 7 de março ás 21 horas, em sua sede social, uma sessão solene, comemorativa da passagem do 46.º anniversario de sua fundação e na qual foi effectuada a posse da nova directoria, eleita, para o biennio 1941-42.

A prestigiosa instituição medico-cientifica foi fundada em 1895 pelos drs. Luiz Pereira Barreto, Carlos Botelho, Miranda Azevedo, Mathias Valadão, Guilherme Ellis, Bernardo Magalhães, Arnaldo Vieira de Carvalho, Sergio Meira e Arthur de Mendonça, que a dirigiram sucessivamente. Desses fundadores sobrevive apenas o dr. Carlos Botelho.

A reunião foi presidida pelo dr. Raul Vieira de Carvalho, presidente que terminou o mandato, e secretariada pelos drs. Edison de Oliveira e Rubens Azzi Leal, tendo contado com a presença de representantes das autoridades.

Inicialmente, falou o dr. Pedro Aires Netto, que apresentou o relatório social do exercicio findo. A sociedade realizou 25 reuniões, nas quais foram apresentadas cerca de 29 comunicações e 46 trabalhos. A seguir, o dr. Oscar Cintra Gordinho communicou o re-

latorio financeiro da sociedade nesse periodo.

Em seguida, falou o dr. Raul Vieira de Carvalho, transmittindo a presidencia ao dr. Franklin de Moura Campos. O orador, analysando as necessidades da aggremação, fez referencia ao arrefecimento dos sócios em comparecer ás reuniões, accentuando que caberia ao seu successor resolver essa situação e que sua direcção marcaria o ressurgimento da sociedade.

— O dr. Franklin de Moura Campos prestou o compromisso, sob palmas do auditorio, discursando, a seguir, sobre a importancia daquelle senaculo. Mostrou-se favoravel a uma modificação dos estatutos, que deveriam ser actualizados, e affirmou que porfiará pelo desenvolvimento da actividade scientifica, pelo incremento das relações entre os medicos paulistas, continuando assim a orientação imprimida á sociedade pelos seus illustres fundadores.

O dr. Franklin de Moura Campos manifestou o desejo da nova directoria em promover Semanas dedicadas ás especialidades medicas, informando que a Sociedade de Medicina e Cirurgia fará realizar este anno uma Semana dedicada á Nutrição.

E' a seguinte a directoria empossada: presidente, professor

Franklin de Moura Campos; vice-presidente, dr. José Affonso de Mesquita Sampaio; secretario geral, dr. Pedro Ayres Netto; adjunto do secretario geral, dr. Vasco Ferraz Costa; thesoureiro, dr. Oscar Cintra Gordinho.

Presidentes das Secções — Medicina geral, dr. João Alves Meira; cirurgia geral, dr. Sebastião Hermetto Junior; medicina especia-

lisada, dr. Jotge Queiroz de Moraes; cirurgia especializada, prof. F. E. de Godoy Moreira; sciencias applicadas, dr. José Dutra de Oliveira, e medicina social, dr. Manuel Pereira.

Commissão do patrimonio — professores: A. de Almeida Prado, Celestino Bourroul, Jairo de Almeida Ramos e dr. Raul Vieira de Carvalho.

## CONGRESSOS MEDICOS

### I Congresso Nacional de Saude Escolar

**Informações.** — Realiza-se nesta capital, de 21 a 27 de abril corrente, sob o patrocínio do Departamento de Educação, o I Congresso Nacional de Saude Escolar.

Foram escolhidos para themas officiaes: 1. Organização e orientação dos serviços de Saude escolar. 2. A saude do escolar nos meios urbanos e ruraes: predio escolar; hygiene do ensino; instituições peri-escolares; caixa escolar. 3. Condições de saude physica e mental para o exercicio do magisterio: exame medico pedagogico periodico; incapacidade physica e psychica; razões para a aposentadoria; leis protectoras do professor. 4. Morbilidade e mortalidade do meio escolar; doen-

ças para cuja evolução concorre a escola; affecções dos olhos, ouvidos, nariz e garganta; doencas infecto-contagiosas; incidencia da tuberculose no meio escolar; endocrinopathias. 5. A educação sanitaria nas escolas: implantação de habitos sadios; o ensino da puericultura nas escolas primarias, secundarias e profissionais; a função social da educação sanitaria; ligação entre o lar e a escola. 6. O problema dos repetentes nas escolas primarias: factores pedagogicos, sociaes, medicos e psychologicos. 7. Hygiene mental nos meios escolares. 8. Alimentação e nutrição dos escolares: educação alimentar; sopa escolar; consequencias da sub-nutrição.

### Laboratorio Zambelletti

**O Laboratorio Zambelletti Limitada de São Paulo** communica para todos os fins que aos 27 de Fevereiro do corrente anno, foi-lhe concedido sob o N.º 67.273 pelo Departamento Nacional da Propriedade Industrial e de accordo com as Leis que regulam a materia, o registro definitivo da marca de industria e commercio consistente na palavra TIROVARINA usada para assignalar um producto pharmaceutico. Tendo adquirido, desta forma, o direito de usar com exclusividade

a referida marca, avisa a todos os interessados que, daqui por diante, não será tolerada a sua reprodução ou imitação, nem a fabricação e venda de productos pharmaceuticos com denominação "TIROVARINA" ou similar.

O Laboratorio Zambelletti Ltda. espera que seus Amigos e Collegas, comprehendendo que os seus direitos estão amparados pela Lei, lhe evitarão a penosa necessidade de recorrer aos meios legais (busca e apprehensão e acção criminal e civil).

